

**ERIKOISSAIRAANHOIDON SOSIAALITYÖN RAJAPINNOILLA TEHTÄVÄ TYÖ
75 VUOTTA TÄYTTÄNEIDEN ASIAKKAIDEN KOHDALLA**

SAANA LEHTONEN

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Sosiaalityön pro gradu -tutkielma

Huhtikuu 2016

Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

LEHTONEN, SAANA: Erikoissairaanhoidon sosiaalityön rajapinnoilla tehtävä työ 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden kohdalla

Pro gradu -tutkielma, 96 s., 1 liites.

Sosiaalityö

Ohjaaja: Aino Ritala-Koskinen

Huhtikuu 2016

Tutkielmani aiheena on erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden tekemä rajapintatyö ikääntyneiden asiakkaiden tilanteissa. Tavoitteenani on selvittää, mitä erikoissairaanhoidon sosiaalityön rajapinnoilla tehtävä työ on 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden kohdalla. Tarkastelen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden yhteistyökumppaneita, yhteistyön syitä, sosiaalityön sisältöjä yhteistyössä sekä esiin nousevia vastuun kysymyksiä. Erikoissairaanhoidon sosiaalityön rajapinnoiksi määrittyvät tutkielmassani sosiaalityöntekijän ja asiakkaan, asiakkaan lähiverkoston, kunnallisten peruspalveluiden sekä muiden erikoissairaanhoidon työntekijöiden väliset rajat ja tilat. Tutkielmani yhteiskunnallisena kontekstina toimivat ikääntymistä koskevat moniulotteiset käsitykset ja teoriat sekä ikääntyneiden kotona asumista suosiva, ajoittain sirpaleinen palvelujärjestelmä.

Olen koonnut aineistoni eräästä erikoissairaanhoitoa antavasta sairaalasta. Käytän aineistonani sairaalan kahden yksikön, silmätautien ja vanhuspsykiatrian yksikön, sosiaalityöntekijöiden tekemiä kirjauksia 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden potilaskertomusten sosiaalityön erikoisalalehdelle. Aineistoni koostuu kaikkiaan 27 potilaskertomuksesta. Olen analysoinut aineiston sisällönanalyysin avulla ja hyödynnän myös kvantifiointia tuloksia esittäessäni.

Erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijän yhteistyökumppaneita 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden asioissa ovat aineistossani asiakas itse, tämän lähiverkosto, kunnallisten sosiaali- ja terveystalouden palveluiden työntekijät, muut erikoissairaanhoidon työntekijät sekä muut toimijat, kuten Kela. Sosiaalityöntekijällä on potilaskertomuksissa keskimäärin neljä yhteistyökumppania. Rajapinnat ylittävä työ käynnistyy ikääntyneen asiakkaan heikentyneen toimintakyvyn, etuuksien, palveluiden tai apuvälineiden tarpeen, asumisen ja jatkohoidon kysymysten tai kotona pärjäämisen arvioinnin vuoksi. Erikoissairaanhoidon sosiaalityö on etuuksiin, palveluihin ja apuvälineisiin sekä taloudellisiin asioihin liittyvää ohjausta, neuvontaa ja avustamista, asiakkaan tilanteen kartoittamista ja arviointia, asumisen tukemiseen ja jatkohoitotoasioihin liittyvää selvittelyä sekä tiedon koordinoitua eri toimijoiden välillä. Rajapintojen työn vastuukysymykset liittyvät eri toimijoiden rooleihin ja tehtäviin sekä velvollisuuksiin ja oikeuksiin.

Tutkimustulokseni tuovat esiin rajapintatyön runsauden erikoissairaanhoidon sosiaalityössä. Sosiaalityö esiintyy rajapinnoilla tehtävässä työssä erityisesti etuuksien ja palveluiden kriteerien ja hakemisprosessien sekä asumiseen liittyvien kysymyksien asiantuntijana ja välittäjänä asiakkaan, läheisten ja ammattilaisten välillä. Suomen väestö ikääntyy, ja erikoissairaanhoidossa hoidetaan jatkossa yhä enemmän ikääntyneitä asiakkaita. Rajapinnoille sijoittuvaa työtä ikääntyneiden asiakkaiden parissa olisikin hyvä tutkia laajemmin ja erilaisista näkökulmista yhteistyön laadun takaamiseksi ja rajapintatyön ymmärtämiseksi syvällisemmin.

Avainsanat: erikoissairaanhoidon sosiaalityö, ikääntyneet asiakkaat, rajapintatyö

University of Tampere
School of Social Sciences and Humanities

LEHTONEN, SAANA: Cross-boundary work in social work in specialized medical care setting with clients aged over 75 years.

Master's Thesis, 96 pages, 1 appendix page

Social Work

Supervisor: Aino Ritala-Koskinen

April 2016

This Master's Thesis focuses on the cross-boundary work social workers in specialized medical care do in cases with clients aged over 75 years. I examine who social workers work with, why cross-boundary work is necessary, what is the role of social work and what kind of responsibilities surface. In this thesis, the boundaries I study are those between the social worker and aged clients, their immediate network and basic services organized by municipalities as well as the boundary between the social worker and other workers in specialized medical care. The context of my thesis is the multidimensional picture of ageing and the Finnish service system that aims to support aged people to live at their home as long as possible.

I have collected my research material from one Finnish hospital that gives specialized medical care. My research material consists of texts written by social workers in 27 client documents from the department of eye diseases and the department of old age psychiatry. I have analysed the material using content analysis and quantification.

Social workers in specialized medical care work with the aged clients, their immediate network of relatives and friends, workers in social and health services organized by municipalities and professionals working in specialized medical care. Social workers have approximately four partners in the client documents. In the material, cross-boundary work is initiated by the clients' weakened functioning, their need for social security benefits or services, questions of accommodation and further treatment and evaluation of how safe it is for the aged client to continue living at home. Social work in specialized medical care is defined as guiding and helping clients with social security benefits, services, assistive devices and financial matters, mapping and evaluating the clients' situation, investigating matters concerning their accommodation or further treatment and coordinating information between multiple actors. Questions of responsibilities concern the roles, duties and rights of different actors.

My research brings up the richness of cross-boundary work in social work in specialized medical care setting. In cross-boundary work, social worker is the expert of social security benefits, services and matters concerning accommodation. Social work also acts as a negotiator between the clients, their immediate network and different professionals. The population of Finland is ageing, and there will be more and more aged clients in specialized medical care in the future. Further research should be done about cross-boundary work in the cases of aged clients to secure its quality and to understand cross-boundary work more deeply.

Keywords: social work in specialized medical care, cross-boundary work, aged clients

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO.....	1
2 NÄKÖKULMIA IKÄÄNTYMISEEN.....	3
2.1 Ikä ja ikääntyminen käsitteinä ja yhteiskunnallisina ilmiöinä.....	3
2.2 Elämänkulku- ja elämänvaihenäkökulmat.....	6
2.3 Biologiset ja psykologiset teoriat	8
2.4 Sosiaaligerontologiset teoriat	10
2.5 Ikääntyminen ja toimintakyky	11
2.6 75 vuotta täyttäneet eri ikääntymisen teorioiden valossa	15
3 IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUJÄRJESTELMÄ JA RAJAPINNOILLA TEHTÄVÄ TYÖ	17
3.1 Ikääntyneiden palvelujärjestelmä Suomessa	17
3.1.1 Lainsäädännön raamittama palvelujärjestelmä.....	17
3.1.2 Gerontologinen ja terveydenhuollon sosiaalityö palvelujärjestelmän osana	21
3.1.3 Palvelujärjestelmän aukkokohtat	24
3.2 Palvelujärjestelmän rajat ja työ rajapinnoilla	27
3.2.1 Ikääntyneiden palvelujärjestelmän rajat ja rajapinnat	27
3.2.2 Vastuu sosiaalityössä ja sosiaalityön rajoilla.....	32
3.3 Palvelujärjestelmä ja ikääntyneet asiakkaat.....	35
4 TUTKIELMAN TOTEUTTAMINEN	37
4.1 Tutkimuksen tehtävä ja tutkimuskysymys	37
4.2 Asiakirjat rajapinnoilla tehtävän työn tutkimuksen kontekstina	38
4.2.1 Aineistona potilasasiakirjat.....	38
4.2.2 Asiakirjat tutkimuksen kohteena	40
4.3 Aineiston analyysi sisällönanalyysin ja kvantifioinnin avulla.....	42
4.4 Tutkimuksen etiikasta ja luotettavuudesta.....	45

5 TYÖ ERIKOISSAIRAANHOIDON SOSIAALITYÖN RAJAPINNOILLA	48
5.1 Erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden yhteistyökumppanit.....	48
5.2 Rajapintatyön syyt	53
5.3 Sosiaalityön sisällöt yhteistyössä.....	58
5.4 Rajatyö ja vastuu rajapinnoilla	72
5.5 75 vuotta täyttäneet erikoissairaanhoidon asiakkaat sosiaalityöntekijöiden teksteissä	78
6 YHTEENVETO JA POHDINTA.....	80
LÄHDELUETTELO	86
LIITE 1. Taulukkopohja aineistonkeruuta varten.....	96

KUVIOT JA TAULUKOT

Kuvio 1. Väestöennuste 2015–2060 ikäryhmittäin.....	5
Taulukko 1. Väestöennuste 2015–2060 ikäryhmittäin.....	5
Taulukko 2. Sosiaalityöntekijän yhteistyökumppanit.....	49
Taulukko 3. Sosiaalityöntekijän yhteistyökumppanien määrä.....	52
Taulukko 4. Yhteistyön syyt.....	54
Taulukko 5. Sosiaalityön sisällöt.....	58
Taulukko 6. Etuuksiin, palveluihin ja apuvälineisiin sekä taloudellisiin asioihin liittyvä ohjaus, neuvonta ja avustaminen.....	60
Taulukko 7. Etuudet ja palvelut, joista sosiaalityöntekijä antaa tietoa.....	62
Taulukko 8. Asumisen tukemiseen ja jatkohoitoasioihin liittyvä selvittely.....	67

1 JOHDANTO

Suomen väestö ikääntyy, ja erityisesti kaikkein vanhimpien ikäluokka tulee kasvamaan rajusti tulevien vuosien aikana. Väestörakenteen muutos vaikuttaa niin yhteiskunnan tasolla tehtäviin poliittisiin ratkaisuihin, kuntatason palvelurakenteisiin kuin perheiden tekemiin päätöksiinkin. Yhteiskunnan tasolla väestön ikääntymisen aiheuttamia muutoksia ja menoja on pyritty hallitsemaan tekemällä muutoksia esimerkiksi eläkeikään. Myös sosiaali- ja terveyspalveluissa on tehty muutoksia, kuten vähennetty laitoshoidtoa ja painotettu sen sijaan avopalveluita ja omaishoitoa. Sosiaali- ja terveysministeriön (2013, 22–23) laatusuosituksessa ikääntyneiden palveluista korostetaan ikääntyneiden asumista kodissaan mahdollisimman pitkään ja palvelurakenteen muuttamista kotona asumista tukevaksi. Samaan aikaan kotihoidon asiakkaat ovat yhä vanhempia, heidän toimintakykynsä on aiempaa heikompi ja he tarvitsevat enemmän kotihoidon käyntejä kuin aikaisemmin (Voutilainen ym. 2007, 166). Entistä huonokuntoisempien ihmisten asuminen kotona asettaa uudenlaisia haasteita palvelujärjestelmälle, kuten kotihoidolle, mutta aiheuttaa myös ikääntyneille itselleen ja heidän läheisilleen huolta näiden pärjäämisestä kotona.

Terveysthuollon kannalta väestön ikääntyminen tarkoittaa ikääntyneiden asiakkaiden määrän kasvua. Ikääntyneiden ihmisten terveydentilaa ei kuitenkaan tule kuvailla yksinomaan kielteisessä valossa: sairaudet ja toimintakyvyn heikkoudet ovat toki ikääntyneillä yleisiä, ja jotkut heistä tarvitsevat apua joihinkin tai jopa kaikkiin arjen toimintoihin, mutta toisaalta monet ”vanhimmatkin vanhukset” elävät mahdollisista sairauksistaan huolimatta täysin itsenäisesti, ilman tarvetta muiden avulle (Helminen ym. 2012, 170). Ikääntyneiden ihmisten niputtaminen yhdeksi sairaaksi, raihnaiseksi ja jatkuvasti avun tarpeessa olevaksi ryhmäksi on epäoikeudenmukainen teko, joka kuvastaa yhteiskunnan arvoja ja asenteita suhteessa vanhuuteen elämänvaiheena.

Pro gradu -tutkielmani kiinnittyy ikääntyneiden palveluihin erikoissairaanhoidon sosiaalityön kontekstista käsin. Olen valinnut erikoissairaanhoidon näkökulman, sillä erikoissairaanhoidossa on oman näkemykseni mukaan joitakin toimintamalleja, jotka voivat olla haasteellisia erityisesti ikääntyneiden asiakkaiden kohdalla. Näkemykseni pohjana ovat eripituiset sijaisuuteni erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijänä ja toisaalta kunnallisen geriatrinen sairaalan sosiaalityöntekijänä. Kun olen verrannut kuntatason ja erikoissairaanhoidon sairaaloita keskenään, olen havainnut erikoissairaanhoidon osastohoitajaksojen olevan lyhempiä kuin kunnan osastohoitajaksot ovat. Oman kokemukseni mukaan erikoissairaanhoidossa osastohoidossa olevat asiakkaat kotiutetaan nopeammin kuin kunnan sairaalassa olevat asiakkaat.

Ne erikoissairaanhoidon asiakkaat, joita ei voi kotiuttaa suoraan, siirretään mahdollisimman pian jatko-hoitoon muualle, yleensä kuntatason sairaaloihin. Erikoissairaanhoidon ja kunnan sairaanhoidon muodosta-vat jatkumon, jossa erikoissairaanhoidossa nimensä mukaisesti täytetään erityiset ja vaativat hoidon tar-peet, ja mahdollisimman nopeasti tämän jälkeen asiakas siirretään kunnallisten palveluiden piiriin jatko-hoitoon. Nopeatempoisessa ja tehokkuuteen pyrkivässä erikoissairaanhoidon ympäristössä myös tarve yhteistyölle on suuri, jotta asiakkaiden asioita voidaan hoitaa parhaalla mahdollisella tavalla.

Käsittelen pro gradu -tutkielmassani erikoissairaanhoidon sosiaalityön rajapinnoilla tehtävää työtä ikään-tyneiden asiakkaiden kohdalla. Tutkin aihetta sosiaalityöntekijöiden kirjoittamien potilaskertomusteks-tien kautta. Aihe on mielestäni tärkeä, sillä uskon, että onnistuneen rajapintatyön avulla ikääntyneelle asiakkaalle voidaan räätälöidä hänelle sopiva palveluvalikoima ja siten edesauttaa hänen asumistaan ko-tna mahdollisimman pitkään poliittisten ja yleensä myös ikääntyneen asiakkaan omien tavoitteiden mu-kaisesti. Aiheen valintaan ovat vaikuttaneet myös omat kiinnostuksen kohteeni: gerontologinen sosiaa-lityö ja terveydenhuollon sosiaalityö ovat molemmat lähellä sydäntäni ja tuttuja opintoihin kuuluvien harjoittelujen sekä erilaisten sosiaalityöntekijän sijaisuuksien kautta.

Kahdessa seuraavassa luvussa taustoitin sitä ympäristöä, johon tutkimukseni sijoittuu. Käyn läpi mer-kittävimpiä ikääntymiseen liittyviä teorioita ja näkökulmia, joita ovat elämänkulku- ja elämänvaihenäkö-kulmat, biologiset ja psykologiset teorit, sosiaaligerontologiset teorit sekä toimintakykyyn liittyvät nä-kökulmat. Lisäksi tarkastelen ikääntyneiden palvelujärjestelmää sekä rajoihin ja rajapinnoilla työskente-lyyn liittyviä tekijöitä. Neljännessä luvussa esittelen tutkimukseni tavoitteen sekä tutkimuksessa käyttä-mäni aineiston ja aineiston analyysimenetelmän. Lisäksi käyn läpi tutkimukseeni liittyviä eettisiä kysy-myksiä ja tutkimukseni luotettavuutta. Viides luku sisältää aineistoanalyysini tulokset. Olen jakanut lu-vun viideksi alaluvuksi, joissa käsittelen erikoissairaanhoidon sosiaalityön yhteistyökumppaneita, yh-teistyön syitä, sosiaalityön sisältöjä ja tehtäviä yhteistyössä, aineistossa esiin nousutta rajatyötä ja vas-tuukysymyksiä sekä sitä, miltä ikääntyminen ja ikääntyneet erikoissairaanhoidon asiakkaat aineistossani näyttävät. Lopuksi, luvussa kuusi, vedän yhteen tutkimustuloksiani ja teen niistä johtopäätöksiä.

2 NÄKÖKULMIA IKÄÄNTYMISEEN

2.1 Ikä ja ikääntyminen käsitteinä ja yhteiskunnallisina ilmiöinä

Vaikka ikä käsitteenä tuntuu yksiselitteiseltä, on ikäkäsityksiä monenlaisia. Vallitsevin näistä on käsitys kronologisesta iästä, mutta sen lisäksi ikä voi olla biologista, ruumiillista tai toiminnallista, psykologista, kehityksellistä, sosiaalista, persoonallista tai subjektiivista. (Green 2010, 29; Rantamaa 2001, 52–63.) Ikääntyminen ei ole vain ihmisen kehossa vuosien kertyessä tapahtuvia biologisia muutoksia, vaan se myös jossakin historiallisessa ajassa ja paikassa rakentuva prosessi, johon vaikuttavat erilaiset käännekohtat yksilön, yhteisön, instituutioiden ja yhteiskunnan tasolla. Ikääntymistä ja sen merkityksiä rakennetaan ja uusinnetaan sosiaalisessa kanssakäymisessä: yhteiskunnan sosiaaliset muutokset vaikuttavat yksilön kokemukseen ikääntymisestä, mutta vastavuoroisesti myös yksilöt vaikuttavat omalla toiminnallaan yhteiskuntaan. Ikääntyminen onkin biologian lisäksi sosiaalista, poliittista ja henkilökohtaista, omaan identiteettiin liittyvää rakennustyötä. (Jyrkämä 2001, 277; Lymbery 2005, 16–27; Marin 2001, 27–28; Rantamaa 2001, 87.)

Ihmisessä tämän elämän aikana tapahtuvia muutoksia on tutkittu monenlaisten teorioiden kautta. Niin kutsuttujen stabiliteettiteorioiden mukaan ihmiset kehittyvät tasaisesti elämänsä alusta aina vanhuuteen asti. Rappeutumisteorioissa taas kuvaillaan ihmisen kehon heikentymistä, joka alkaa jo heti syntymän jälkeen. Kompensaatioteoriat käsittelevät ihmisten toimintakykyä ja sitä, kuinka toimintakykyä voidaan parantaa ja mahdollisten fyysisten tai psyykkisten muutosten negatiivisia vaikutuksia tasoittaa eri tieteenalojen keksintöjen ja yhteiskunnallisten muutosten avulla. (Marin 2001, 30–32.) Vanhuutta ikävaiheena on pitkään pidetty vähemmän kiinnostavana tutkimuskohteena kuin muita ikävaiheita, erityisesti lapsuutta (Green 2010, 23, 176–177). Siitä huolimatta yleisten elämän etenemiseen liittyvien teorioiden lisäksi on kehitelty erityisesti vanhenemiseen ja vanhuuteen liittyviä teorioita. Näitä teorioita on muun muassa biologian, psykologian sekä ikääntymistä ja siihen liittyviä ilmiöitä tutkivan sosiaaligerontologian tieteenaloilla.

Kuka sitten on ikääntynyt ihminen? Sitä on ikääntymisen yhteiskunnallisen ja sosiaalisen tason vuoksi vaikea määritellä aukottomasti, sillä ikääntyneen ihmisen kriteerit vaihtelevat ympäristöstä toiseen. Ikääntyneisyyden osoittimia voivat olla esimerkiksi toiminta- ja työkyvyn heikkeneminen, eläkkeelle

jääminen, jonkin yhteisön tasolla yhteisesti määritellyn kronologisen iän saavuttaminen tai ikääntymiseen liitetty roolinmuutos, kuten isovanhemmaksi tuleminen. Ikääntyminen on samalla myös henkilön oma subjektiivinen kokemus, johon hänen elämäntilanteensa ja ympäristönsä sekä yhteisön luomat mielikuvat vaikuttavat. (Jyrkämä 2001, 279, 282, 285–286.)

Suomessa on määritelty myös lakien tasolla sitä, kuka on ikääntynyt. Kansaneläkelaisissa (2007, 10 §) määritetään kronologinen ikä, jolloin ihminen on oikeutettu vanhuuseläkkeeseen. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista (2012, 3 §, jatkossa vanhuspalvelulaki) määrittelee erikseen ikääntyneen väestön ja iäkkään henkilön. Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan laissa vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa ihmisryhmää, kun taas iäkäs henkilö tarkoittaa henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt ikään liittyvän sairauden, vamman tai rappeutumisen vuoksi. Tämän lain tasolla ikääntymistä määritellään siis sekä kronologisen iän että toimintakyvyn avulla.

Ikääntyneitä ihmisiä kutsutaan monilla käsitteillä. Näitä ovat esimerkiksi vanhus, iäkäs, ikääntynyt, ikääntyvä, ikäihminen, eläkeläinen ja seniorikansalainen (Kaskiharju 2004). Käytetyt käsitteet kertovat ikääntymiseen liittyvistä asenteista ja mielikuvista. Esimerkiksi sanat vanhus ja vanhuus voivat herättää niin nuorissa kuin vanhemmissakin kielteisiä mielikuvia. Vanhuus-sanat välttely kuvastaa siihen liitetyn avuttomuuden ja riippuvuuden torjumista. (Tedre 2007, 103.) Vanhuuteen elämänvaiheena yhdistetään avuttomuuden ja riippuvuuden lisäksi haavoittuvuus. Haavoittuviksi ikääntyneiden ihmisten ryhmiksi määrittyvät erityisesti muistisairaat tai masentuneet ikääntyneet sekä ne ikääntyneet, joiden liikkumiskyky on heikentynyt (Sarvimäki, Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2010). Aaltosen ja kumppaneiden (2014, 253) tutkimuksessa vanhuus määrittyy myös ikääntyneiden omassa puheessa liikkumisongelmien ja raihnaisuuden ikävaiheena.

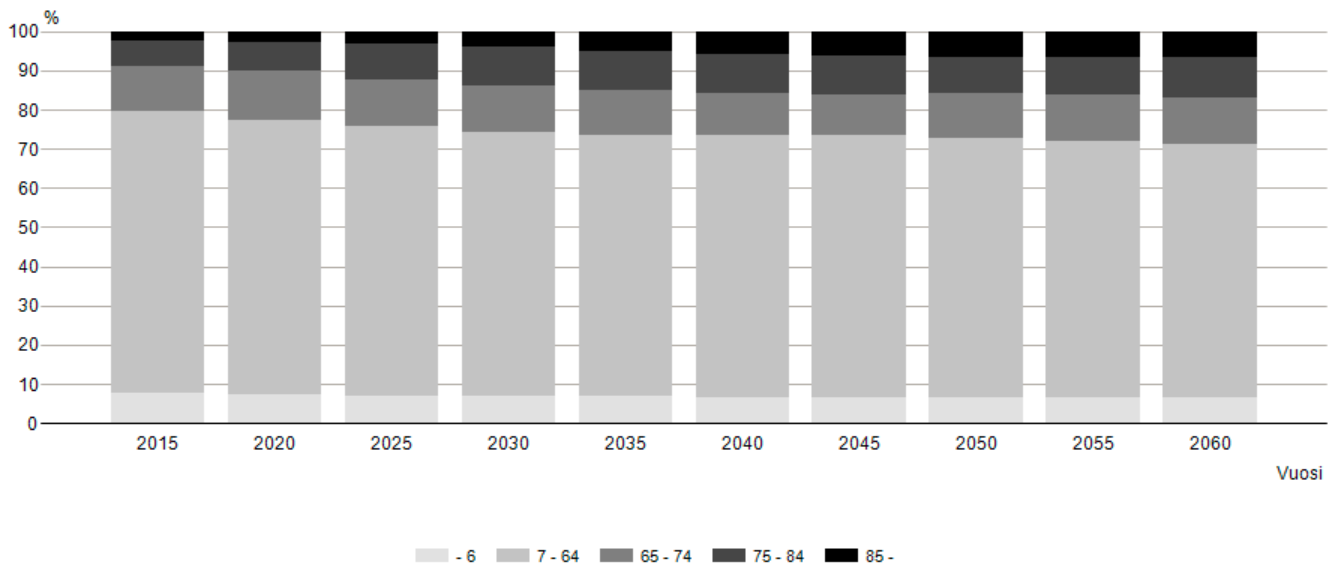
Ikääntyminen on käsitteen lisäksi yhteiskunnallinen ilmiö. Väestön ikääntymisestä puhuttaessa viitataan usein väestöennusteisiin. Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa 1 on kuvattu Suomen väestöennuste ikäryhmittäin vuosien 2015 ja 2060 välisenä aikana. Taulukossa on lisäksi esitetty 75 vuotta täyttäneiden suomalaisten prosentuaalinen osuus väkiluvusta. Vuoden 2015 lopussa 75 vuotta täyttäneitä henkilöitä oli Suomessa lähes 481 000, ja arvioiden mukaan vuonna 2035 heitä olisi jo yli 875 000. Nykyisten arvioiden mukaan 75 vuotta täyttäneitä olisi jo yli miljoona vuoteen 2060 mennessä. 75 vuotta täyttäneiden henkilöiden lukumäärän kasvun lisäksi myös heidän osuutensa väestöstä tulee nykyisen ennusteen mukaan kaksinkertaistumaan vuosien 2015 ja 2060 välisenä aikana.

TAULUKKO 1. VÄESTÖENNUSTE 2015–2060 IKÄRYHMITÄIN

Ikäryhmä	2015	2020	2025	2030	2035	2060
–14	897 703	905 177	893 229	881 745	872 765	853 476
15–64	3 468 885	3 425 880	3 419 199	3 408 861	3 417 908	3 401 416
65–74	642 818	712 082	679 167	673 979	659 117	708 614
75– (% väestöstä)	480 839 (8,76 %)	552 074 (9,87 %)	699 393 (12,29 %)	804 447 (13,94 %)	875 435 (15,03 %)	1 015 330 (16,98 %)
Yhteensä	5 490 245	5 595 213	5 690 988	5 769 032	5 825 225	5 978 836

Lähde: Tilastokeskus (2016a).

Erityisesti kaikista vanhimpien, eli yli 85-vuotiaiden suomalaisten määrä tulee kasvamaan huomattavasti. Alla olevassa kuviossa 1 on kuvattu Suomen väestön kehitys vuodesta 2015 vuoteen 2060 ikäryhmittäin. Kuviosta näkee, kuinka ennusteen mukaan kaikkien 65 vuotta täyttäneiden osuus Suomen väestöstä kasvaa vuodesta 2015 vuoteen 2060 mennessä noin viidesosasta väestöä noin kolmasosaan väestöstä. Samaan aikaan 85 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä lähes kolminkertaistuu.



KUVIO 1. VÄESTÖENNUSTE 2015–2060 IKÄRYHMITÄIN (Lähde: Tilastokeskus 2016b)

Ikääntyneiden lukumäärän kasvusta suhteessa muihin ikäluokkiin on puhuttu paljon. Väestön ikääntyminen on herättänyt erilaisia huolia esimerkiksi väestöllisestä huoltosuhteesta, jolla tarkoitetaan lasten ja

eläkeläisten määrää sataa työikäistä kohti. Työikäisten joukkoon lasketaan 15–64-vuotiaat. Ennusteen mukaan vuonna 2060 väestöllinen huoltosuhde on 76 huollettavaa sataa työikäistä kohden, kun se vuoden 2014 lopussa oli 57,1 huollettavaa sataa työikäistä kohti. (Suomen virallinen tilasto 2015.) Väestöllinen huoltosuhde jättää kuitenkin huomiotta sen, että osa eläkeikäisistä käy edelleen töissä, ja että ikääntyneet ihmiset tekevät huomattavan määrän niin kutsuttua epävirallista työtä, kuten hoitavat lapsenlapsiaan tai muita läheisiään sekä tekevät vapaaehtoistyötä (Sisäasianministeriö 2012, 7–8). Tästä huolimatta ikääntyneiden kasvava määrä tulee vaatimaan palvelujärjestelmältä jonkinlaisia muutoksia.

2.2 Elämänkulku- ja elämänvaihenäkökulmat

Ikääntymistä on kuvattu erilaisista elämänkulkuun ja elämänvaiheisiin liittyvistä näkökulmista. Elämänkulku vauvasta vanhukseksi voidaan kuvata sarjana erilaisia elämäntapahtumia, jotka ajoittuvat johonkin historialliseen aikaan, paikkaan ja sosiaaliseen kontekstiin. Elettyä elämää voi kuvata myös elämänpolkuna, jonka kautta tarkastellaan ihmisen tekemiä valintoja, niiden seurauksia ja sitä, mitä muita vaihtoehtoja hänellä olisi mahdollisesti ollut. (Marin 2001, 35–38.) Elämänkulku voidaan käsittää myös sarjana iän mukaan määräytyviä rooleja (Rantamaa 2001, 83). Usein elämänvaiheet kuvataan ketjuna, jossa pienestä lapsesta kasvaa nuori, nuoresta aikuinen ja lopulta aikuisesta tulee vanhus. Tällaisessa mallinnuksessa vanhuus ja ikääntyneet ihmiset rajataan aikuisuuden ulkopuolelle. (Marin 2001, 20.) Niin lapset kuin ikääntyneetkin ovat perinteisesti olleet ”toisia” suhteessa työikäisiin aikuisiin (Tedre 2007, 99).

Toisaalta elämänkulku käsitteenä painottaa toisiinsa limittyneiden elämänvaiheiden jatkuvaa ketjua tarkkojen ikärajojen ja -vaiheiden erottelun sijaan (Green 2010, 24). Elämänkulunäkökulmassa sekä muutokset että jatkuvuus ovat läsnä. Se ottaa huomioon yksilön lisäksi tämän perheen ja yhteiskunnallisen kontekstin vaikutukset yksilön elämään. Elämänkulunäkökulma myös korostaa ihmisten erilaisia taustoja, kokemuksia ja arvoja. (Arber & Evandrou 1997, 10, 25.) Eletty elämä vaikuttaa siihen, millainen vanhuus elämänvaiheena tulee olemaan, sillä sekä hyväosaisuus että huono-osaisuus kasautuvat elämän aikana (Green 2010, 187).

Eliniän pidentyessä myös eläkkeelle jäämistä seuraava elinaika on pidentynyt, ja eläkeiästä onkin tullut pitkä ja monimuotoinen elämänvaihe, jossa kahden saman ikäisenkin henkilön toimintakyky voi olla

täysin erilainen. Eläkeikäisiä ihmisiä on pyritty luokittelemaan puhumalla erikseen esimerkiksi ”nuorista vanhoista” ja ”vanhoista vanhoista” (esim. Green 2010, 175; Jyrkämä 2013, 89; Rantamaa 2001, 65), tai ”go-go”-, ”slow-go”- ja ”no-go”-eläkeläisistä (esim. Kalliomaa-Puha 2014). Myös niin sanottujen kolmannen ja neljännen iän käsitteet ovat nousseet esiin keskusteluissa. Suomalaisessa tutkimuskirjallisuudessa kolmannen ja osin neljännenkin iän käsitettä ovat tarkastelleet esimerkiksi Antti Karisto (2002), Jyrki Jyrkämä (2001, 2013) sekä Reetta Muhonen ja Hanna Ojala (2004).

Karisto (2002, 138) määrittelee kolmannen iän ”työiän ja varsinaisen vanhuuden” väliseksi ajanjaksoksi. Kolmatta ja neljättä ikää ei voi määritellä alkaviksi tai loppuviksi tiettyinä ikävuosina (Laslett 1994, 108), sillä ne määrittyvät subjektiivisen iän, toimintakyvyn ja ihmisen oman kokemuksen kautta. Kolmatta ikää on kuvailtu kokonaan uudeksi elämänvaiheeksi, jolloin ihmisellä on vapaus tehdä omia valintojaan sekä tavoitella ja toteuttaa haaveitaan. Se on aktiivisuuden, riippumattomuuden ja itsensä toteuttamisen aikaa. (Jyrkämä 2001, 309; Jyrkämä 2013, 93.) Kolmatta ikää elävä ikääntynyt ihminen on kiistattomasti oman elämänsä aktiivinen toimija. Neljäs ikä taas on riippuvuuden ja huonokuntoisuuden elämänvaihe, jonka kuolema lopulta päättää (Jyrkämä 2001, 309). Aktiivisuus on neljännessä iässä vaihtunut passiivisuuteen. Laslettin (1994, 108–109) mukaan neljäs ikä voi kestää vuosia tai vain lyhyen hetken, eikä se ole välttämätön osa elämänkulkua.

Kolmannen ja neljännen iän vastakkaisuus ja kolmannen iän kuvaaminen ihanana aktiivisuuden kautena voi johtaa siihen, että ”neljäs ikä” vaikuttaa ihmisten mielikuvissa todellista surkeammalta elämänvaiheelta (Karisto 2002, 138–139). Tällaiset vastakkainasettelut pitävät omalla tavallaan yllä kaksijakoista kuvaa ikääntymisestä. Lisäksi luokittelu kolmanteen ja neljäänteen ikään on osittain harhaanjohtava, sillä niillä ei ole tarkkareunaista erottavaa rajaa, vaan ne kietoutuvat toisiinsa (Jyrkämä 2013, 96). Keskustelut kolmannesta iästä ovatkin nostattaneet kritiikkiä ja lisäksi kysymyksen siitä, onko kaikilla – myös köyhillä, sairailta ja vähemmistöihin kuuluvilla eläkeläisillä – tasa-arvoiset mahdollisuudet elää aktiivista ja haaveet täyttävää kolmatta ikää (Green 2010, 194; Jyrkämä 2001, 310; Jyrkämä 2013, 109). Teoriaa kolmannesta iästä onkin tarkasteltu enemmän yhtenä ikääntymistä koskevana diskurssina kuin varsinaisena tieteellisenä teoriana (Jyrkämä 2001, 311).

2.3 Biologiset ja psykologiset teorit

Ikääntymistä on perinteisesti selitetty ja havainnollistettu biologisilla teorioilla ja mittauksilla. Eräs biologinen ikääntymisen teoria liittyy sairastavuuden tiivistymiseen (*compression of morbidity*), jolla tarkoitetaan muutosta ihmisten terveydessä ja sairastamisessa. Sairauksien on havaittu keskittyvän tiiviimin elämän viimeisiin vuosiin. Tällöin elämän terveiden vuosien määrä ja niiden osuus koko elinajasta on kasvanut. (Green 2010, 181.)

Ikääntymiseen kuuluvia tyypillisiä fyysisiä muutoksia ovat esimerkiksi aistien heikentyminen, ihon kuivuminen ja oheneminen, lihasvoiman ja luiden heikkeneminen sekä muutokset sisäelinten, kuten sydämen, verisuonien, hengityselinten, munuaisten ja virtsarakon toiminnassa (Green 2010, 180–181, Lymbery 2005, 16–18). Lisäksi vanhemmiten reaktioaika pitenee ja unihäiriöt lisääntyvät (Green 2010, 180–181). Ikääntymisen myötä yleistyvät myös muistisairaudet, joista Alzheimerin tauti lienee tunnetuin. Myös aivoinfarkti voi aiheuttaa muistisairauden. (Lymbery 2005, 18–19.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (Muistisairauksien yleisyys, 2014) mukaan suomalaisista 65–74-vuotiaista vajaa 5 %, 75–84-vuotiaista noin 10 % ja yli 85-vuotiaista noin kolmannes sairastaa keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta. Geriatriisessa lääketieteessä on myös havaittu ikääntyneillä potilailla niin kutsuttua hauraus-raihnausoireyhtymää, jolla tarkoitetaan tilannetta, jossa ikääntyneen potilaan heikon terveydentilan takana ei ole mitään selkeästi osoitettavissa olevaa diagnosoitavaa sairautta. Hauraus-raihnausoireyhtymä lisää sosiaali- ja terveydenhoitopalveluiden tarvetta, sillä se altistaa useille sairauksille, pahentaa niiden seurauksia ja hidastaa toipumista. Kyseistä oireyhtymää on havaittavissa erityisesti monilla laitospotilailla. (Strandberg ym. 2006, 1495–1496.)

Lääketieteelliset ja biologiset näkökulmat ovat määrittäneet vahvasti vanhuutta, ja niiden selitysmallit ovat olleet niin vaikuttavia, että on alettu puhua ikääntymisen medikalisoitumisesta. Kun lääketiede on kuvannut vanhuutta riippuvuuden, sairauden ja rappeutumisen aikana (Green 2010, 175), korkeasta iästä on joidenkin näkökulmien mukaan tullut sairaus elämänsä tavallisen osan sijaan (Arber & Evandrou 1997, 11). Medikalisoituminen on johtanut lääketieteelliseen ikäsyryntään, jossa korkea ikä rinnastetaan huonoon terveydentilaan (Green 2010, 188). Ikääntyminen ei kuitenkaan tarkoita väistämättömästi sairautta, vaikka sen mahdollisuus kasvaakin. Ikääntymisen medikalisoituminen vaikuttaa ikääntyneisiin

kohdistuviin asenteisiin ja myös heille suunnattujen palveluiden suunnitteluun. Esimerkiksi pääkaupunkiseudulla tehtyyn kyselyyn vastanneista ikääntyneiden parissa työskentelevistä sosiaalityöntekijöistä yli 80 % koki ikääntyneiden palveluiden medikalisoitumisen uhkana (Seppänen 2006, 66–67).

Ikääntymiseen mahdollisesti kuuluvia psykologisia muutoksia, kuten muistin ja oppimiskyvyn heikentymistä sekä luonteen muutoksia, tutkittaessa on saatu ristiriitaisia tuloksia (Lymbery 2005, 19–21). Ikääntyneillä niin kutsuttu joustava älykkyys, jolla tarkoitetaan ihmisen kykyä ratkoa ongelmia uusilla tavoilla ja nopeasti, heikkenee. Sen sijaan tutkimuksissa on havaittu, että kiteytynyt älykkyys, joka tarkoittaa aikaisemmin opittujen tietojen ja taitojen hyödyntämistä ongelmanratkaisussa, heikkenee ikääntymisen myötä huomattavasti vähemmän kuin joustava älykkyys. (Green 2010, 182; Lymbery 2005, 19.) Lisäksi ikääntyneet ihmiset käyttävät monenlaisia taitoja kompensoidakseen iän tai sairauden mukanaan tuomia muutoksia, eikä esimerkiksi luovuuden ole havaittu katoavan ikääntymisen myötä (Green 2010, 183). Masennuksen yhteydestä ikääntymiseen on saatu ristiriitaisia tutkimustuloksia, ja vaikuttaa siltä, ettei uskomus masennuksen yleistymisestä ikääntymisen myötä välttämättä pidä paikkaansa (mt., 184; Lymbery 2005, 21.)

Ikääntymisen psykologisia teorioita ovat myös kehityskriisiteoriat. Näissä teorioissa jokin tapahtuma tai muutos ihmisessä itsessään tai tämän ympäristössä johtaa kehityskriisiin ja tarpeeseen muuttua. (Marin 2001, 32–34.) Yksi tunnetuimmista kehityskriisiteorioista lienee Erik Eriksonin (1980, 104–105, 178) teoria, jonka mukaan ihmisen elämässä on kahdeksan kriisivaihetta. Näistä viimeinen liittyy vanhuuteen, jolloin yksilön on aika hyväksyä oma eletty elämänsä ja siihen kuuluneet ihmiset. Tässä kahdeksannessa kriisissä ovat vastakkain minuuden eheys sekä epätoivo elämän aikana tehdyistä virheistä ja pian tapahtuvasta elämän loppumisesta. Onnistuminen kriisin ratkaisemisessa johtaa viisauteen, epäonnistuminen taas epätoivoon, itseinhoon ja usein tiedostamattomaan kuolemanpelkoon.

Eriksonin vaimo Joan Erikson lisäsi teoriaan myöhemmin vielä yhdeksännen vaiheen. Yhdeksännessä kriisissä ikääntynyt pyrkii selviämään päivästä seuraavaan ja joutuu ratkomaan uudelleen samoja kriisejä, jotka on jo aikaisemmin elämänsä aikana ratkaissut. Esimerkiksi elämän ensimmäinen kriisivaihe, jossa ovat vastakkain luottamus ja turvattomuus, nousee jälleen kriisiksi, kun ikääntynyt alkaa epäillä kykyään toimia itsenäisesti. (Erikson 1998; ref. Brown & Lowis 2003, 418.)

2.4 Sosiaaligerontologiset teoriat

Sosiaaligerontologisia teorioita on luokiteltu sen mukaan, suuntautuvatko ne yhteiskunnan rakenteisiin, instituutioihin vai yksilöihin ja näiden vuorovaikutukseen ja kokemuksiin (Jyrkämä 2001, 290). Yksilö-teorioihin kuuluvat irtaantumis-, aktiivisuus- ja jatkuvuusteoria, jotka ovat ehkä tunnetuimmat sosiaaligerontologisista teorioista. Näistä teorioista irtaantumisteoriassa on samanlaisia sisältöjä kuin rappeutumisteorioissa, ja aktiivisuusteoria puolestaan muistuttaa stabiliteettiteorioita (Marin 2001, 31). Lisäksi aiemmin esiteltyä kolmatta ikää voisi kuvata aktiivisuusteorian muunnokseksi, kun taas neljäs ikä on lähellä irtaantumisteoriaa (Jyrkämä 2013, 96).

Irtantumisteorian mukaan normaaliin ikääntymiseen kuuluu ikääntyneen yksilön ja häntä ympäröivän yhteiskunnan molemminpuolinen irtaantuminen toisistaan. Irtantuminen saattaa alkaa jo keski-ikässä, kun yksilö ymmärtää kuoleman väistämättömyyden. Yksilö irrottautuu hiljalleen sosiaalisista ryhmistä, joihin on kuulunut, ja keskittyy muutamiin jäljelle jääneisiin ryhmiin, joita voivat olla esimerkiksi perhe, ystävät tai seurakunta. Teorian mukaan irtaantuminen on sanattomaan sopimukseen perustuva luonnollinen prosessi, jonka myötä nuoremmat sukupolvet saavat tilaisuuden ottaa haltuunsa ikääntyneiden luovuttamat asemat ja roolit. (Cumming 1963, 121, 124–127.) Irtantuminen myös vapauttaa ikääntyneet sosiaalisilta odotuksilta ja vaatimuksilta. Teoriaa on kritisoitu siitä, että se kuvaa vanhuuden yksinomaan pysähtyneisyyden ja vetäytymisen aikana ja jättää huomiotta sen, että monet ikääntyneet ovat hyvin aktiivisia yhteisöissään, vaikka heidän sosiaaliset roolinsa ja tehtävänsä voivatkin muuttua siitä, mitä ne aiemmin ovat olleet. (Tanner & Harris 2008, 30–31.) Lisäksi irtantumisteoria on saanut kritiikkiä siitä, että teoria olettaa irtantumisen olevan molemminpuolinen, sekä ikääntyneen itsensä että yhteiskunnan hyväksymä tapahtuma, vaikka todellisuudessa irtaantuminen voi olla ikääntyneen henkilön kannalta epätoivottua ja johtuu tämän sulkemisesta pois yhteisöstä tai yhteiskunnasta (Green 2010, 185).

Aktiivisuusteoria tarkastelee ikääntymistä kokonaan erilaisesta näkökulmasta. Sen mukaan hyvä vanheneminen saavutetaan ylläpitämällä aktiivisuutta, ja myös mahdolliset menetykset elämässä tasoitetaan aktiivisuudella (Jyrkämä 2001, 294). Teorian mukaan sekä yhteiskunta että ikääntyneet ihmiset itse toivovat aktiivista vanhuutta. Sosiaalisia suhteita vaalitaan ja niihin sitoudutaan vanhuudessakin. Mikä tahansa aktiivisuus ei kuitenkaan paranna ikääntyneen elämänlaatua, vaan toiminnan on oltava merkityksellistä ja palkitsevaa. (Tanner & Harris 2008, 32.) Tutkimusten mukaan ikääntyneiden aktiivisuus ja puuhaileminen harrastusten ja mielenkiinnon kohteiden parissa vaikuttaa myönteisesti pitkäikäisyyteen

(Green 2010, 185). Esimerkiksi Maailman terveysjärjestö (World Health Organization, 2002) pyrkii edistämään aktiivista ikääntymistä.

Kolmas klassinen sosiaaligerontologinen teoria on jatkuvuusteoria, jonka mukaan ikääntyneet pyrkivät elämässä jatkuvuuteen. Jatkuvuus voi tarkoittaa sekä muuttumattomuutta että muuttumista. Hyvään vanhuuteen kuuluu elämän aikana opittujen toimintamallien soveltaminen sekä sopeutuminen mahdollisiin muutoksiin, mutta samalla ihmisen luonteen ydin ja mielenkiinnon kohteet osoittavat jatkuvuutta menneisiin aikoihin. (Green 2010, 186; Jyrkämä 2001, 294.) Myös onnistuneen vanhenemisen teoria liittyy hyvän vanhuuden sopeutumiseen, tasapainoon ja jatkuvuuteen. Onnistuneen vanhenemisen teorian mukaan ikääntynyt ihminen valikoi voimiensa vähetessä sitä, mihin käyttää energiaansa, ja rajaa sillä tavoin elämäänsä niihin toimiin, joista hän saa lisää voimia arkeen. Ikääntynyt myös kompensoi menettämiään kykyjä ja voimia ottamalla käyttöön erilaisia apuvälineitä. (Sarvimäki & Heimonen 2010, 29.) Onnistuneen vanhenemisen teoria muistuttaa siis yleisiä kompensatioteorioita (Marin 2001, 31–32).

Yksilöön liittyvien sosiaaligerontologisten teorioiden lisäksi on kehitelty myös yhteiskunnan rakenteisiin suuntautuvia teorioita. Jyrkämän (2001, 303) luokittelun mukaan yksi näistä on rakenteellisen riippuvuuden teoria, jonka mukaan ikääntynyt yksilö tulee ympäristöstään ja yhteiskunnan rakenteista riippuvaiseksi. Tämä johtuu siitä, että yhteiskunnan rakenteet ja globaali kapitalismi sulkevat ikääntyneet ihmiset työelämästä eläkkeelle ja siten aiheuttavat näille tulotason laskua ja mahdollisesti jopa köyhyyden epäoikeudenmukaisten eläkelakien myötä (Green 2010, 190).

2.5 Ikääntyminen ja toimintakyky

Gerontologisessa eli ikääntymiseen liittyvässä tutkimuksessa toimintakyky on tyypillisesti lohkottu kolmeen kokonaisuuteen: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Tämän kolmikantaisen jaottelun rinnalle on kuitenkin noussut myös kokonaisvaltaisempia näkemyksiä, joissa toimintakyvyn eri osa-alueiden nähdään kietoutuvan yhteen (Jyrkämä 2007, 197, 200). Tällaista laajempaa näkemystä edustaa myös Jyrkämän (mt., 215) määritelmä toimintakyvystä ”kykyjen ja osaamisten käyttönä sosiaalisissa tilanteissa ja toimintakäytännöissä, toiminnassa”. Tässä määritelmässä ihmisen toimintakykyyn

vaikuttaa tämän henkilökohtaisten ominaisuuksien lisäksi myös se tilanne, jossa toiminta tapahtuu. Toimintakyky ja toimijuus sivuavat toisiaan käsitteinä, vaikka ne eivät tarkoitaakaan samaa asiaa: toimintakyky on vain osa ihmisen toimijuutta, kun toimijuudella viitataan ihmiseen oman elämänsä subjektina (Jyrkämä 2008, 199–200).

Sosiaali- ja terveysministeriön (2013, 25–26) laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja ikääntyneiden palveluiden parantamiseksi ikääntyneiden toimintakyvyn heikkenemisen riskitekijöiksi mainitaan muun muassa aistien heikkeneminen, alttius kaatumisille ja tapaturmille, ulkona liikkumisen vähentyminen ja liikkumisen ongelmat, ravitsemustilan poikkeamat ja laihtuminen, hauraus-raihnaus-oireyhtymään viittaavat merkit kuten lihaskato ja hidas liikkuminen, muistin heikkeneminen, mielialan lasku ja mielenterveyshäiriöt, runsas päihteiden käyttö, yksinäisyys, runsas sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttäminen, suuret elämänmuutokset ja erilaiset siirtymät, kuten kotiutuminen sairaalasta, leskeksi jääminen, pienituloisuus ja kaltoinkohtelun uhriksi joutuminen sekä turvattomuus ja ympäristön esteellisyys. Arber ja Evandrou (1997, 20) ovat puolestaan eritelleet neljä asiaa, jotka edistävät ikääntyneiden ihmisten itsenäisyyttä ja elämänlaatua. Nämä ovat taloudelliset resurssit, toimivat asuinolot ja koti, fyysinen terveys ja toimintakyky sekä sosiaalinen, emotionaalinen ja seksuaalinen keskinäinen riippuvuus (*interdependence*). Puutteet näissä tekijöissä johtavat toimintakyvyn ja toimijuuden heikkenemiseen sekä epätoivottuun riippuvuuteen muista ihmisistä. Sosiaali- ja terveysministeriön (2013, 25–26) listassa ikääntyneiden toimintakyvyn heikkenemisen riskitekijöistä on yhtäläisyyksiä Arberin ja Evandroun (1997, 20) esiin nostamiin tekijöihin. Käsittelen seuraavaksi esitellyistä tekijöistä tarkemmin taloudellista toimintakykyä, terveyttä ja fyysistä toimintakykyä sekä turvattomuuden tunteita.

Taloudellisten resurssien tai taloudellisen toimintakyvyn puute voi olla ikääntyneelle ihmiselle riski. 2000-luvulla ikääntyneiden niukkuuden kokemukset ja köyhäksi itsensä tuntevien ikääntyneiden määrä ovat kasvaneet (Haapola & Karisto & Seppänen 2012, 288). Airio ja kumppanit (2013, 155) ovat tarkastelleet täyttä kansaneläkettä saavien eläkeläisten kokemuksia toimeentulostaan. Vastaaajista lähes puolet (48 %) olivat erittäin tai melko tyytyväisiä elintasoonsa ja kulutusmahdollisuuksiinsa, mutta toisaalta vain alle kolmasosa (32 %) koki toimeentulon olevan helppoa tai erittäin helppoa nykyisillä tuloillaan.

Ikääntyneiden köyhyyttä tutkineet Ylinen ja Rissanen (2012, 316–319) jakavat haastattelutulostensa perusteella itsensä köyhäksi tuntevat ikääntyneet kolmeen köyhyyden hallintaa kuvaavaan tyyppiin, joita ovat köyhyyden kanssa pärjäävä myönteinen sinnittelijä, köyhyyden katkeroittama luopuja sekä köyhyy-

destä johtuvan ahdistuksen masentama itsensä laiminlyöjä. Köyhyyden kanssa pärjäävä myönteinen sinnittelijä suhtautuu elämäänsä positiivisesti ja kokee elämänlaatunsa ja terveytensä hyväksi, vaikka hänen taloudellinen tilanteensa onkin tiukka ja hänellä on useita sairauksia. Sinnittelijä on seurallinen, huolehtii aktiivisesti hyvinvoinnistaan ja ottaa mielellään apua vastaan sosiaalityöntekijöiltä ja kotihoidon työntekijöiltä, eikä hän jätä lääkärikäyntejä tai lääkkeitä väliin. Sen sijaan köyhyyden katkeroittaman luopujan usko elämään horjuu. Hänen rahansa menevät elämän perusasioihin kuten lääkkeisiin ja ruokaan, ja hän on joutunut luopumaan teatterikäyntien kaltaisista itselleen iloa tuottavista asioista. Taloudellisista vaikeuksistaan huolimatta hän auttaa lapsiaan ja lapsenlapsiaan taloudellisesti. Luopuja on kriittinen yhteiskuntaa sekä sosiaalitoimen ja seurakuntien apua kohtaan.

Airion ja kumppaneiden (2013, 155–156) tutkimukseen osallistuneilla kansaneläkeläisillä toimeentulovaikeudet olivat johtaneet etupäässä harrastus-, virkistys- ja vaatetusmenojen karsimiseen, mutta jotkut heistä olivat myös jättäneet laskuja maksamatta tai viivästäneet maksamista (11 % vastaajista), tinkineet lääkärin määräämästä hoidosta, sairaalahoidosta tai lääkkeitä (noin 10 %), olleet nälässä (4 %) tai heidän tulojaan oli ulosmitattu (2 %). Kolmannella Ylisen ja Rissasen (2012, 318–319) köyhyyden hallintaa kuvaavista tyypeistä, köyhyydestä johtuvan ahdistuksen masentamalla itsensä laiminlyöjällä, on yhteisiä piirteitä näiden vastaajien kanssa. Itsensä laiminlyöjä elää eristynyttä elämää, koska kulkeminen on kallista eikä hänellä ole voimavaroja ja jaksamista olla aktiivinen. Hän on ahdistunut, masentunut ja syvenevässä velkakierteessä. Itsensä laiminlyöjä on monisairas, mutta jättää lääkkeitä ja lääkäriaikoja väliin rahapulan vuoksi. Hän myös suhtautuu kriittisesti sosiaalitoimeen ja seurakuntien apuun.

Anttosen ja Zechnerin (2009, 45–47) tekemän kirjallisuuskatsauksen pohjalta vaikuttaa siltä, että henkilöt, joilla on alempi sosioekonominen tausta, sekä tekevät elämänsä aikana enemmän hoivatyötä että joutuvat ikääntyneinä turvautumaan enemmän läheisiinsä hoivaa saadakseen kuin korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset. Varakkaammilla on mahdollisuus ostaa tarvitsemiaan palveluita, mikä voi vähentää heidän tarvettaan omaisten antamaan apuun. Van Aerschotin ja Valokiven (2012, 261–262) tutkimuksessa ikääntyneet taas saivat tuloluokasta huolimatta samassa suhteessa apua läheisiltään, mutta hyvätuloiset saivat useammin sekä kunnallista että erityisesti heidän itsensä ostamaa yksityistä apua. Pienituloisista vastaajista suurempi osa koki jäävänsä vaille riittävää apua verrattuna keski- ja suurituloisiin vastaajiin.

Fyysisen terveytensä ja toimintakykynsä suhteen kaikkein vanhimmatkin ikääntyneet ovat heterogeeninen joukko. Helminen ja kumppanit (2012) ovat tutkineet yli 90-vuotiaiden tamperelaisten terveyttä ja

toimintakykyä. Tutkittavien joukossa oli sekä kotona että laitoksessa pysyvästi asuvia henkilöitä. Tutkimustulosten (mt., 165–167) mukaan miltei kaikilla vastaajilla oli ainakin yksi lääkärin diagnosoima sairaus, ja keskimäärin sairauksia oli vastaajilla kolme. Diagnosoitujen sairauksien yleisyydestä huolimatta vain 6 % vastaajista arvioi terveydentilansa olevan huono. Toisaalta Vaarama ja kumppanit (2010, 131–133) ovat havainneet 18 vuotta täyttäneiden suomalaisten kokemuksia elämänlaadustaan tutkiessaan, että suomalaisten kokemus elämänlaadusta heikkenee heidän täytettyään 80 vuotta. Tässä tutkimuksessa alle 70-vuotiaista 73 % koki terveydentilansa hyväksi, kun taas yli 80-vuotiaiden joukossa vastaava luku oli 63 %. Elämänlaadun kokemukseen vaikuttavat asiat vaihtelevat iän myötä: kun nuorilla aikuisilla elämänlaatua parantaa tunne elämän merkityksellisyydestä, yli 70-vuotiaille tärkeää on tyytyväisyys omaan terveydentilaan sekä läheisiltä saatu tuki.

Koetun terveydentilan lisäksi ikääntyneiden fyysinen toimintakyky avun tarpeiden mittaamana vaihtelee. Helmisen ja kumppaneiden (2012, 166–167) tutkimuksessa 90 vuotta täyttäneistä vastaajista 76 % suoriutui arjen toimista itsenäisesti ja 40 % pystyi liikkumaan itsenäisesti. Tutkimuksessa todettiin nuorempien vastaajien toimintakyvyn olevan parempi kuin kaikkein vanhimpien vastaajien, mutta vielä yli 95-vuotiaanakin merkittävä osa vastaajista (miehistä 72 % ja naisista 60 %) kykeni hoitamaan arjen toimet itsenäisesti. Van Aerschotin ja Valokiven (2012, 259–260) tutkimuksessa 75 vuotta täyttäneistä kotona asuvista vastaajista taas 73 % sai apua ainakin joskus, useimmiten läheisiltään. Tähän lukuun on kuitenkin laskettu kaikki mahdollinen apu, myös kodin raskaampiin askareisiin tarvittava apu. 70 % vastaajista tarvitsi apua kodin korjaus- ja kunnostustöihin sekä pihatöihin ja 54 % siivoukseen, mutta sen sijaan ainoastaan 18 % vastaajista tarvitsi apua peseytymiseen.

Ulkona liikkuminen sekä ympäristön esteettömyys ja turvallisuus ovat tärkeitä ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 25–26). Turvaton asuinympäristö ja vaikeudet liikkumisessa voivat johtaa noidankehään: jos ikääntynyt ei uskalla liikkua ulkona, jää hän helposti kotiin ja liikkuminen vähenee. Tämä puolestaan johtaa toimintakyvyn heikentymiseen ja kotona pärjääminen vaikeutuu. Liikkumisen hankaluudet vaikuttavat myös ikääntyneen sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen. (Sisäasianministeriö 2012, 9–10.) Asumisolot vaikuttavat siten keskeisesti ikääntyneiden terveydentilaan sekä toimintakyvyn kaikkiin osa-alueisiin (Tanner & Harris 2008, 167). Ikääntyneiden kohdalla turvattomuutta aiheuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi muistisairaudet, yksinäisyys ja alkoholin käyttö sekä ikääntyneiden kohtaama kaltoinkohtelu ja muut ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset (Sisäasiainministeriö 2012) – siis samat seikat, jotka ovat toimintakyvyn heikkenemisen riskitekijöitä (Sosiaali-

ja terveysministeriö 2013, 25–26). Turvattomuuden tunne ja toimintakyky ovat siten sidoksissa toisiinsa. Myös maailman tilanne, yhteiskunnan kovenevat arvot sekä toimeentuloon, omaan itsenäisyyteen ja arjessa selviytymiseen liittyvät kysymykset herättävät ikääntyneissä turvattomuuden tunteita (Niemelä 2007, 174–176).

2.6 75 vuotta täyttäneet eri ikääntymisen teorioiden valossa

Olen edellä eritellyt ikääntymiseen liittyviä keskeisimpiä teorioita ja näkökulmia. Ikääntyminen ja vanhuus elämänvaiheena esitetään niitä käsittelevissä teorioissa ja keskusteluissa hyvin eri tavoin. Esimerkiksi aktiivisuus- ja irtaantumisteorian vertailu ja toisaalta biologisten ja sosiaaligerontologisten näkökulmien vertailu osoittaa, että ikääntymistä voi lähestyä monista eri kulmista. Jokainen ikääntymisen teoria kuvaa ikääntymisen lisäksi myös siihen liitettyjä arvoja sekä teorian edustamaa näkemystä siitä, millaista on hyvä vanhuus ja ikääntyminen (Sarvimäki & Heimonen 2010, 27). Ikääntymistä kuvataan usein kovin kaksijakoisesti. Toisaalta puheissa korostuvat aktiivisuus, toimijuus, tarmokkuus ja muuttumattomuus sekä ”kolmasikäisyys”. Toisenlaisissa kuvauksissa ikääntyminen taas on sairautta, passiivisuutta, muiden toiminnan kohteeksi joutumista ja rappeutumista, eli kaiken kaikkiaan muutosta huonompaan. Näin ollen 75 vuotta täyttäneitä henkilöitä voidaan kuvata edellisissä luvuissa esiteltyjen teorioiden pohjalta hyvin eri tavoin.

Ikääntymisen tuomat biologiset muutokset ovat jo alkaneet, esimerkiksi näkökyky ja lihasvoimat ovat usein alkaneet heikentyä. Vaikka ikääntyminen ei väistämättä tarkoita sairauksia, niiden todennäköisyys kasvaa. Esimerkiksi muistisairauksien todennäköisyys on 75 vuotta täyttäneillä paljon suurempi kuin alle 75-vuotiailla (Muistisairauksien yleisyys, 2014). Biologisten muutosten näkökulma korostaa ihmiskehon heikentymistä ja rappeutumista. Toisaalta ikääntyneet kompensoivat ikääntymisen ja sairauksien mukanaan tuomia muutoksia esimerkiksi apuvälineitä käyttämällä ja keskittämällä voimansa itselleen tärkeimpiin asioihin (Sarvimäki & Heimonen 2010, 29). Ikääntyneen toimintakyky rakentuu monista osa-alueista: fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja taloudellinen toimintakyky vaikuttavat jokainen ikääntymisen

kokemukseen sekä ikääntyneen henkilön arkeen. Muutos yhdessä toimintakyvyn osa-alueessa voi vaikuttaa muihinkin; esimerkiksi liikkumisen vaikeudet voivat alentaa myös ikääntyneen sosiaalista toimintakykyä, jos tämä kaatumisen pelossa jää kotiin ja erakoituu (Sisäasianministeriö 2012, 9–10).

Kolme tunnettua sosiaaligerontologista teoriaa näyttävät 75 vuotta täyttäneet henkilöt kovin eri valossa. Aktiivisuusteorian mukaan ikääntyneet ovat elämässä edelleen aktiivisia ja vaalivat sosiaalisia suhteitaan. Irtaantumisteoria kiinnittää huomion sosiaalisten suhteiden karsiutumiseen ikääntymisen myötä sekä ikääntyneiden eristymiseen. Jatkuvuusteoriassa tunnistetaan ikääntyneiden sopeutuminen muutoksiin, mutta samalla ikääntyneillä kuvataan olevan jonkinlaisia jatkuvia, elämän halki samoina pysyneitä arvoja ja kiinnostuksen kohteita. (Esim. Cumming 1963, 121; Green 2010, 185–186; Jyrkämä 2001, 293–294; Tanner & Harris 2008, 30–32.) Teoriat vaikuttavat aluksi hyvinkin erilaisilta ja vastakkaisilta, mutta toisaalta ne voivat myös täydentää toisiaan: ikääntynyt saattaa irtautua joistain rooleista ja suhteista, mutta pysyä samalla aktiivisena ja osallistuvana toisilla elämänalueilla. Ikääntyneen tekemät valinnat suhteista irrottautumisen tai niissä pysymisen suhteen taas todennäköisesti heijastavat niitä arvoja ja ajatuksia, joiden mukaan hän on jo pitkään elänyt.

75 vuotta täyttäneet henkilöt muodostavat hyvin monimuotoisen joukon, ja heistä on vaikea sanoa mitään täysin yleistävää. Heidän taustansa, perhesuhteensa, taloudellinen tilanteensa, toimintakykynsä ja osallistumisen mahdollisuutensa ovat erilaisia. 75 vuotta täyttäneiden joukkoon kuuluu niin hauraita, sairaita ja jatkuvan avun tarpeessa olevia henkilöitä kuin aktiivisia ja terveitä, lapsenlapsiaan tai sairasta puolisoaan hoivaavia ikääntyneitä. Elämänkulkunäkökulma ikääntymiseen painottaa eletyn elämän merkitystä ikääntymiselle niin hyvässä kuin pahassa; menneet kokemukset ja hyvin- tai pahoinvointi muokkaavat sitä, miten vanhuuden elämänvaiheena kokee (Green 2010, 187). Eletty elämä vaikuttaa myös siihen, millaisin eväin 75 vuotta täyttänyt henkilö lähtee ratkaisemaan kriisiä, jonka ajatus pian lähestyvistä kuolemasta ehkä aiheuttaa (ks. Erikson 1980, 104–105).

3 IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUJÄRJESTELMÄ JA RAJAPINNOILLA TEHTÄVÄ TYÖ

3.1 Ikääntyneiden palvelujärjestelmä Suomessa

3.1.1 Lainsäädännön raamittama palvelujärjestelmä

Ikääntyneiden palvelujärjestelmää kehystävät erilaiset lait ja asetukset. Ikääntyneitä koskevat samat yleiset lait kuin muitakin, mutta lisäksi ikääntyneiden kohdalla sovelletaan joitakin erityisiä lakeja ja asetuksia, kuten vanhuspalvelulakia (2012). Kansaneläkelaki (2007) ja työeläkkeitä koskevat lait määrittävät ikääntyneiden taloudellista toimeentuloa. Eläkkeiden lisäksi ikääntyneet voivat Suomessa saada eläkkeensaajan hoitotukea, jonka tarkoituksena on tukea vammaisen tai pitkäaikaissairaana eläkeläisen selviytymistä arjessa, kotona asumista, toimintakyvyn ylläpitämistä sekä kuntoutusta ja hoitoa (Laki vammaisuuksista 2007, 1 §, 2 §). Pienituloisella eläkeläisellä voi myös olla mahdollisuus saada eläkkeensaajan asumistukea (Laki eläkkeensaajan asumistuesta 2007, 1 §, 8 §). Ikääntyneet saattavat myös hakea kunnallisia vammaispalveluita. Laissa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (1987, 2 §) vammaisella tarkoitetaan henkilöä, jolla on vamman tai sairauden johdosta pitkäaikaisia erityisiä vaikeuksia suoriutua arjen tavallisista toimista. Vammaisille tarjottavia palveluita ovat esimerkiksi vaikeavammaisen kuljetuspalvelu, päivätoiminta, henkilökohtainen apu, palveluasuminen ja taloudelliset tukitoimet, joihin kuuluu myös asunnon muutostöistä aiheutuvien kustannusten korvaaminen (mt., 8 §, 9 §).

Suomen perustuslaki (1999, 6 §) kieltää syrjinnän iän perusteella. Lisäksi perustuslaissa nimetyt kansalaisten oikeudet koskevat luonnollisesti myös ikääntyneitä. Suomessa ei ole erityistä ikääntyneitä potilaita koskevaa terveydenhuollon lainsäädäntöä (Lohiniva-Kerkelä 2014, 147), joskin asetuksessa kiireellisen hoidon perusteista (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 2014, 2 §) velvoitetaan kuntaa tai kuntayhtymää ottamaan huomioon iäkkäiden henkilöiden tarvitsemat palvelut. Ikääntyneet kansalaiset mainitaan myös esimerkiksi joukkoliikennelaissa (2009, 6 §), jossa joukkoliikenteen palveluita suunnittelevia virkamiehiä velvoitetaan ottamaan eri väestöryhmien, mukaan lukien ikääntyneiden ihmisten, tarpeet huomioon.

Vanhuspalvelulaissa (2012, 13 §) kuntia velvoitetaan järjestämään ikääntyneille laadukkaita ja heidän tarpeisiinsa nähden riittäviä ja oikea-aikaisia palveluita. Palveluiden toteuttamisessa on otettava huomioon ikääntyneiden hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn, itsenäisen suoriutumisen ja osallisuuden tukeminen. Samassa pykälässä nostetaan esiin myös muiden palveluntarpeiden ehkäiseminen kuntoutusta edistävillä ja kotiin annettavilla palveluilla. Vanhuspolitiikan keskeisiä tavoitteita ovat avopalveluiden ensisijaisuus laitoshoitoon nähden ja ikääntyneiden kotona asumisen tukeminen mahdollisimman pitkään (Aaltonen ym. 2014, 266; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 22–23; Voutilainen ym. 2007, 154). Esimerkiksi vanhuspalvelulaissa (2012, 14 §, 14a §) kotiin annettavat ja muut tukipalvelut nostetaan ensisijaiseksi laitoshoitoon nähden. Pitkäaikainen laitoshoido voi tulla kyseeseen vain lääketieteellisistä tai turvallisuussyistä. Poliitikkojen lisäksi ikääntyneet itse asettavat ensisijaiseksi tavoitteeksi omassa kodissa asumisen ja mahdollisimman aktiivisen ja osallistuvan elämän (Aaltonen ym. 2014, 266). Kotona asumisen painottaminen aiheuttaa kuitenkin myös haasteita, kuten sen, miten erityisesti kaikkein vanhimille asiakkaille voidaan tarjota riittävät kotihoidon palvelut (Voutilainen ym. 2007, 180).

Keskeisiä ikääntyneiden palveluita ovat kotipalvelu ja kotisairaanhoido, erilaiset palveluasumisen muodot, terveyskeskusten vuodeosastohoido sekä vanhainkotiasuminen (Voutilainen ym. 2007, 161). Osa kunnista on yhdistänyt kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kotihoidoksi (Perälä ym. 2006, 7). Kotihoidon asiakkaille voidaan tarjota erilaisia tukipalveluita, kuten siivous-, ateriat- ja kauppapalveluita. Myös omaishoidon tuki on osa ikäihmisten palvelurakennetta (Voutilainen ym. 2007, 161). Laitoshoidon vähentyessä on julkisten, kotiin sijoittuvien hoivapalveluiden määrän kasvattamisen sijaan alettu tukea kotona tapahtuvaa omaishoitoa (Kröger 2009, 121).

Ikääntyneiden kasvava määrä tarkoittaa ikääntyneiden palveluiden nousevaa kysyntää. Väestön ikääntymisen lisäksi palveluiden tarpeeseen vaikuttavat ikääntyneen väestön terveydentila ja toimintakyky, heidän asuinympäristönsä mahdolliset puutteet, palveluiden läheisyys sekä sosiaalisten verkostojen toimivuus, esimerkiksi mahdollisuus saada apua omilta läheisiltä. Myös palvelujärjestelmän toimivuudella on vaikutusta: huonosti toimiva palvelujärjestelmä esimerkiksi lisää ikääntyneiden mahdollisuutta joutua laitoshoitoon. (Voutilainen ym. 2007, 158, 164.) Sosiaali- ja terveysministeriön (2013) laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi painotetaan ikääntyneiden osallisuuden ja toimijuuden vahvistamista, hyvinvointia edistävää asumista ja elinympäristöä, mahdollisim-

man terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamista, palvelujen oikea-aikaisuutta ja toimivaa rakennetta, hoidon ja huolenpidon turvaajia ikääntyneiden läheiset mukaan lukien sekä hyvää johtamista palveluiden järjestämisessä.

Ylikansallisella tasolla Suomi on sitoutunut noudattamaan Euroopan sosiaalisen peruskirjan 23. artiklaa ikääntyneiden henkilöiden oikeudesta sosiaaliseen suojeluun (Tasavallan presidentin asetus uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan voimaansaattamisesta ja uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta annetun lain voimaantulosta sekä Euroopan sosiaalisen peruskirjan ja siihen liittyvän lisäpöytäkirjan eräiden määräysten hyväksymisestä annetun lain kumoamisesta annetun lain voimaantulosta 2002, 2 §). Suomi on näin sitoutunut edistämään toimia, joiden tarkoituksena on tehdä ikääntyneille ihmisille mahdolliseksi viettää tyydyttävää elämää ja valita elämäntapansa vapaasti, osallistua yhteiskunnassa ja saada tietoa palveluista sekä viettää itsenäistä elämää tutussa ympäristössä niin kauan kuin he itse haluavat ja kykenevät. Lisäksi Suomi on lupautunut huolehtimaan ikääntyneiden tarpeita vastaavien asuntojen ja asumista tukevien palveluiden saatavuudesta sekä tarjoamaan riittäviä terveydenhuollon ja muita palveluita. Sosiaalisen peruskirjan mukaan laitoksessa asuville ikääntyneille tulee taata heidän tarvitsemansa apu ja samalla kunnioittaa heidän yksityisyyttään ja osallistumisoikeuttaan. (Mt., 23. artikla.)

Suomalainen terveydenhoito jaetaan perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Terveydenhuoltolaissa (2010, 3 §) perusterveydenhuollolla, jota voidaan kutsua myös kansanterveystyöksi, tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja terveystarkastuksia sekä sellaista terveyden- ja sairaanhoitoa, jota ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Esimerkiksi kunnallinen kotisairaanhoito kuuluu perusterveydenhuoltoon. Erikoissairaanhoidolla laissa tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito liittyvät yhteen, ja sosiaalihuolto täydentää niitä. Erikoissairaanhoidon toteuttamiseksi Suomi on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin ja erityisen sairaanhoidon järjestämiseksi viiteen erityisvastuualueeseen, joissa on kussakin yliopistollinen sairaala (Erikoissairaanhoitolaki 1989, 7 §, 9 §).

Erikoissairaanhoidon asiakasvirtoja tutkittaessa on huomattu, että 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus on ollut nousussa 2000-luvulla. Vuonna 2013 somaattisen – eli kaiken muun kuin psykiatrisen – erikoissairaanhoidon vuodeosasto- ja päiväkirurgian asiakkaista 19,5 % ja avohoidon asiakkaista 15 %

oli 75 vuotta täyttäneitä. Somaattisessa erikoissairaanhoidossa oli sinä vuonna kaikkiaan lähes 125 000 asiakasta, jotka olivat täyttäneet 75 vuotta. Heistä naisia oli 60 % ja miehiä 40 %. (Rainio & Rätty 2015, 4, liitetaulukko 1.) Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, joka kattaa sekä avo- että vuodeosastohoidon, 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus on pienempi. Esimerkiksi vuoden 2012 aikana 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita oli noin 6,7 % kaikista asiakkaista. Psykiatrasta erikoissairaanhoidoa sai silloin kaiken kaikkiaan lähes 1 900 ikääntynyttä asiakasta. Heistä naisia oli 68 % ja miehiä 32 %. (Fredriksson & Pelanteri 2014, taulukko 1.)

Yleensä ikääntyneiden toiveena on huolehtia arjen asioista mahdollisimman itsenäisesti. Elämänlaatua kuitenkin kasvattaa mahdollisuus turvautua tarpeellisiin, arjen sujuvuutta tukeviin palveluihin. (Aaltonen ym. 2014, 258, 261.) Toisaalta ikääntynyt voi pitää palveluiden saamista myös huonona asiana (Zechner & Valokivi 2009, 171). Vaikka vanhuspalvelulaissa (2012, 15 §) ja sosiaalihuoltolaissa (2014, 36 §) annetaankin ikääntyneille oikeus palvelutarpeen arviointiin, ei heillä ole subjektiivista oikeutta saada palveluita. Ikääntymisestä ei siis suoraan seuraa sosiaali- tai terveystarpeiden asiakkuutta, vaan palveluita on haettava yleensä itse, ja niitä saa vain kriteerien täytyessä. Zechner ja Valokivi (2009, 170) ovat tutkineet ikääntyneiden kokemuksia neuvotteluista työntekijöiden kanssa ja todenneet, että palveluihin hakeutuminen ja niistä neuvottelu vaatii ikääntyneeltä halua ja kykyä keskustella omista avun tarpeista.

Vanhuspalvelulain (2012, 15 §) mukaan ikääntyneen henkilön palveluntarvetta selvittävän työntekijän on arvioitava tämän fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä lisäksi tämän asuinympäristön esteettömyys, turvallisuus ja palveluiden läheisyys. Palveluntarpeen selvittämisen jälkeen ikääntyneelle henkilölle tehdään palvelusuunnitelma ja nimetään vastuutyöntekijä (mt., 16–17 §). Myös terveydenhuoltoa on veloitettu arvioimaan ikääntyneiden toimintakykyä: ikääntyneiden päivystyspotilaiden toimintakyky on arvioitava ja heidän itsenäistä suoriutumistaan on tuettava (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 2014, 10 §).

Neuvottelut avun ja hoidon tarpeista eivät ole kertaluontoisia, vaan niitä käydään yhä uudestaan ikääntyneen toimintakyvyn sekä avun antamisen mahdollisuuksien muuttuessa. Ikääntyneen itsensä lisäksi joku hänen läheisensä saattaa toimia näissä neuvottelutilanteissa hänen puolestaan puhujanaan. Omaisilla on kuitenkin myös omat päämääränsä ja motiivinsa, ja joissain tilanteissa ikääntyneen oma ääni voi jäädä piiloon omaisten mielipiteiden taakse (Zechner & Valokivi 2009, 154–155, 169). Lisäksi ammattilaisen

ja ikääntyneen käsitykset palvelusta voivat olla keskenään erilaiset, eikä palvelu välttämättä vastaa asiakkaan odotuksia tai tarpeita. Asiakas ei välttämättä saa toivomaansa palvelua, ja lisäksi jo myönnetty palvelu voidaan syystä tai toisesta lopettaa. (Zechner & Valokivi 2009, 173, 174.) Tämä voi olla ristiriidassa sekä vanhuspalvelulaissa (2012, 13 §) että Sosiaali- ja terveysministeriön (2013) laatusuosituksessa korostetun palvelujen oikea-aikaisuuden kanssa.

3.1.2 Gerontologinen ja terveydenhuollon sosiaalityö palvelujärjestelmän osana

Ikääntyneet voivat asioida kunnan aikuissosiaalityön palveluissa, mutta monissa kunnissa tarjotaan myös ikääntyneille erityisiä sosiaalityön palveluita. Gerontologinen sosiaalityö eli ikääntyneiden parissa tehtävä sosiaalityö onkin yksi osa ikääntyneiden palvelujärjestelmää. Poliitiikan käänös laitoshoidon vähentämiseen ja kotona asumisen tukemiseen mahdollisimman pitkään on haastanut kehittämään gerontologista sosiaalityötä, sillä sitä on perinteisesti tehty vanhainkodeissa ja sairaaloissa, ei kotona asuvien ikääntyneiden parissa (Seppänen 2006, 8). Nykyään gerontologista sosiaalityötä tehdään sekä laitoksissa, kuten sairaaloissa ja vanhainkodeissa, että avopalvelujen puolella.

Gerontologisessa sosiaalityössä tehdään useimmiten työtä sairauden tai vamman vuoksi fyysisesti haavain, muistisairautta tai masennusta sairastavien, itsetuhoisten, päihteitä väärinkäyttävien, väkivaltaa tai kaltoinkohtelua kohdanneiden sekä omaistaan hoitavien tai omaishoidettavien ikääntyvien kanssa. Lisäksi gerontologinen sosiaalityö paikantuu elämän siirtymäkohtiin: sosiaalityöntekijä voi tavata ikääntyneen, kun tämä kotiutuu sairaalasta, muuttaa omasta kodistaan palveluasumisen piiriin, kokee menehtyksiä tai on saattohoidossa. (Lymbery 2005, 27–32; Ray & Phillips 2012, 35–48.) Suomalaisessa tutkimuksessa, jossa kartoitettiin gerontologista sosiaalityötä tekevien sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä heidän ikääntyneiden asiakkaidensa sosiaalisista ongelmista, merkittävimmäksi nousivat asiakkaiden psykososiaaliset ongelmat (48 %). Näihin kuuluvat yksinäisyys ja omaisten puute, mielenterveysongelmat, kaltoinkohtelu tai hyväksikäyttö, ristiriidat omaisten kanssa sekä turvattomuuden tunteet. Toiseksi keskeiseksi ikääntyneiden sosiaalityön asiakkaiden ongelmaksi sosiaalityöntekijät nimesivät palvelukapeikat (31 %), joihin kuuluvat ikääntyneelle sopivan asuinpaikan puute, sopivien kotona asumista tukevien palveluiden puute sekä toimintakyvyn ongelmat. Myös ikääntyneen oma tai omaisten päihteiden käyttö (11 %) sekä toimeentuloon liittyvät kysymykset (10 %) nousivat tutkimuksessa gerontologisen sosiaalityön asiakkaiden ongelmiksi. (Seppänen 2006, 44–46.)

Brittiläisessä gerontologista sosiaalityötä käsittelevässä kirjallisuudessa asiakkaan tilanteen arvioiminen määrittyy sosiaalityöntekijän olennaiseksi tehtäväksi, jopa sosiaalityön ytimeksi (Lymbery 2005, 152–153; Ray & Phillips 2012, 126; Tanner & Harris 2008, 68). Myös suomalaisessa tutkimuksessa Salonen (2007, 56–57, 59) on nostanut gerontologisen sosiaalityön yhdeksi keskeiseksi kokonaisuudeksi arviointityön, jossa työntekijä tekee arvioita ikääntyneen asiakkaan toimintakyvystä, lähiverkostoista ja palvelujen sopivuudesta. Asiakassuunnitelma ja mahdolliset interventiot perustuvat asiakkaan tilannetta arvioidessa havaittuihin tarpeisiin ja olosuhteisiin (Ray & Phillips 2012, 154; Tanner & Harris 2008, 53).

Arviointityön lisäksi gerontologisen sosiaalityön työkokonaisuuksia ovat sijoitustyö, neuvonta- ja ohjaustyö, tiedonhankinta- ja selvitystyö, laaja-alainen yhteistyö, kannustava työ, asianajotehtävät ja pienimuotoiset huolehtimistyöt (Salonen 2007, 56–57). Gerontologisen sosiaalityön tehtäviin kuuluu asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen tuominen moniammatillisen työryhmän tietoon (Ylinen & Rissanen 2004, 204). Gerontologinen sosiaalityö jäsentyy myös neuvottelijaksi ja siltojen rakentajaksi ikääntyneen asiakkaan, tämän läheisten ja eri palveluntuottajien välisissä tiloissa (Ylinen 2008, 120). Leinonen (2001, 214) on havainnut neljä eri teemakokonaisuutta, joista gerontologisen sosiaalityön neuvotteluissa keskustellaan. Nämä ovat ikääntyneiden palvelut ja etuudet, perhesuhteet ja -vastuut, asiakkaan terveydentila sekä tämän menneisyys ja omaelämäkerta.

Gerontologisessa sosiaalityössä keskeisiä työntekijän taitoja ovat vuorovaikutukseen, neuvotteluun, yhteistyöhön ja ristiriitojen ratkaisemiseen liittyvät taidot sekä kulttuurinen lukutaito, joka tarkoittaa sekä kykyä ymmärtää asiakkaiden ja näiden omaisten elämäntilanteita ja -tapoja että taitoa tulkita eri ammattiryhmien ja organisaatioiden toimintakulttuureita. Lisäksi työ vaatii ammattieettisiä taitoja. (Salonen 2007, 61–62, 63.) Gerontologisen sosiaalityön asiantuntijuus koostuu sosiaalityön yleisestä asiantuntijuudesta, esimerkiksi palvelujärjestelmään ja asiakkaan oikeuksiin liittyvästä tiedosta, sekä erityisestä vanhuuteen ja vanhenemiseen liittyvästä tietämyksestä ja eettisestä asiantuntijuudesta (Ylinen 2008, 123; Ylinen & Rissanen 2004, 202–203).

Gerontologisessa sosiaalityössä hyödynnettävät menetelmät ovat pääosin sosiaalityön yleisiä menetelmiä, kuten vuorovaikutustyytä, verkostotyötä, asianajoa ja asiakkaan voimaantumiseen tähtäävää työtä. Ikääntyneiden parissa tehtävän sosiaalityön erityiseksi menetelmäksi nousee muistelutyö. (Ylinen & Rissanen 2004, 203–204.) Muita gerontologisessa sosiaalityössä käyttökelpoisia menetelmiä ovat esimerkiksi palveluohjaus, toiminnalliset ryhmät ja luovat menetelmät sekä elämäkerrallinen työskentely, ver-

kostosuuntautuneet menetelmät ja ehkäisevät kotikäynnit. (Liikanen 2007, 77–86.) Lisäksi asiakkaan läheisten tukeminen on tärkeä osa gerontologista sosiaalityötä, ja myös ikääntyneen asiakkaan läheiset voidaan määritellä gerontologisen sosiaalityön asiakkaiksi (Ylinen 2008, 118).

Gerontologinen ja terveydenhuollon sosiaalityö limittyvät, sillä gerontologista sosiaalityötä tehdään myös terveydenhuollon ympäristöissä. Terveydenhuollon sosiaalityön tehtävät vaihtelevat eri yksiköissä (Korpela 2014, 126–127), mutta sen tavoitteena on yleisesti lisätä asiakkaan voimavaroja tukemalla tämän sosiaalista toimintakykyä (Terveysosiaalityön palvelujen dokumentointi. Ohje rakenteiseen kirjaamiseen sähköisissä potilasjärjestelmissä 2014, 4). Terveydenhuollon sosiaalityö on kokonaisvaltaista, potilaan arjen sujuvuuteen tähtäävää työtä (Korpela 2014, 132).

Korpela (2014, 127–128) on havainnut tutkimuksessaan viisi terveydenhuollon sosiaalityölle oleellista tehtävää. Nämä ovat asiakkaan kokonaistilanteen kartoittaminen eli tämän tilanteen selvittäminen ja arviointi, etuuksien ja palveluiden hakemiseen liittyvä ohjaus, neuvonta ja avustaminen, potilaan jatkohoidon selvittely ja järjestäminen, moniammatillinen työskentely ja työ verkostojen kanssa sekä potilaan psykososiaalinen tukeminen. Terveydenhuollon sosiaalityön palveluprosessi käynnistyy palvelupyynnön tai yhteydenoton perusteella tai sosiaalityöntekijän omasta aloitteesta. Prosessi alkaa valmistelulla, esimerkiksi asiakkaan potilaskertomukseen tutustumisella. Sen jälkeen sosiaalityöntekijä jäsentää asiakkaan sosiaalista tilannetta haastatteleamalla tätä itseään tai tämän läheisiä. Kun asiakkaan tilanne on kartoitettu, työntekijä arvioi sosiaalityön tarvetta, asettaa tavoitteita sekä suunnittelee ja toteuttaa interventiota. Lopuksi sosiaalityöntekijä tekee yhteenvedon tehdystä sosiaalityöstä ja jatkosuunnitelmista. (Terveysosiaalityön palvelujen dokumentointi. Ohje rakenteiseen kirjaamiseen sähköisissä potilasjärjestelmissä 2014, 4–5.)

Terveydenhuollon sosiaalityön kohdalla haasteiksi voivat määrittyä terveydenhuollossa vallitseva hierarkia sekä se, että sosiaalityöntekijän apua tarvitsevat asiakkaat eivät aina löydä tämän luokse muun henkilökunnan sosiaalityötä koskevien kapeiden käsitysten, tietosuojakysymysten tai asiakkaiden omien asenteiden tai pelkojen vuoksi. Sosiaalityöntekijät voivat myös joutua perustelemaan omaan työnsä merkitystä terveydenhuollon lääketieteellisessä kehityksessä. (Korpela 2014, 130, 133, 135.) Isoherranen (2012, 102–110) on tutkinut perusterveydenhuollon terveyskeskussairaalan moniammatillisen tiimin jäsenten rooleja. Sosiaalityön rooli on hänen mukaansa kirkastunut. Terveydenhuollon sosiaalityöntekijä määrittyy hänen tutkimuksessaan ongelmien ratkaisijaksi ja yhteydenpitäjäksi potilaan omaisiin ja verkostoihin. Myös Ylisen (2008, 121) mukaan sosiaalityö sijoittuu asiakkaan ja muiden ammattilaisten

väliseksi toimijaksi ja tuo muille terveydenhuollon moniammatillisen tiimin jäsenille tietoja ikääntyneen asiakkaan psykososiaalisesta tilanteesta.

3.1.3 Palvelujärjestelmän aukkokohtat

Suomalaisen sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän ongelmaksi paikantuu palvelujärjestelmän sektoroituminen ja siitä seuraava pirstaleisuus (esim. Immonen & Kiikkala 2007, 70; Kröger 2009, 124; Metteri 2012, 216; Määttä 2012, 153–154). Kun lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden määrä on lisääntynyt ja niiden välinen yhteistyö on puutteellista, on työntekijöiden helppo siirtää asiakas, ja erityisesti hankala sellainen, toisen yksikön, viranomaisen tai palveluntarjoajan luokse (Immonen & Kiikkala 2007, 70, 78). Sektoroituminen synnyttää joidenkin asiakkaiden kohdalla tilanteita, joissa kukaan työntekijä ei tarkastele tämän tilannetta kokonaisvaltaisesti (Metteri 2012, 216). Viranomaisten välisen yhteistyön puutteen vuoksi asiakkaat joutuvat hakemaan tarvitsemiaan tukimuotoja eri virastoista, jolloin heiltä vaaditaan monenlaista asioimisosaamista ja jaksamista toimittaa pyydettyjä asiakirjoja useisiin paikkoihin. Asiakkaiden ”pompottelu” virastosta toiseen voi herättää heissä epäluottamusta paitsi koko palvelujärjestelmää, myös muita samassa tilanteessa olevia kohtaan. (Määttä 2012, 153–154.) Sektoroitumisen ja kokonaisvaltaisen tilannekartoituksen puutteen vuoksi osasta asiakkaista tulee väliinputoajia (Metteri 2012, 216).

Anna Metteri (2012, 53) määrittelee väitöskirjassaan väliinputoamisen putoamiseksi sosiaaliturvajärjestelmien väliin, kun ihminen ei saa palvelua tai etuutta, joka hänelle kuuluisi lakien, säädösten ja yleisen käytännön mukaan. Väliinputoamista voi tarkastella myös poiskäännyttämisen seurauksena. Hänninen ja Karjalainen (2007, 169–171) ovat luokitelleet poiskäännyttämisen neljään eri muotoon, joita ovat sulkeuma, käännitys tai käännyttäminen, siirranta tai siirryntä sekä torjuminen. Näistä torjuminen on poiskäännyttämisen vakavin muoto: se voi olla pahimmillaan jopa heitteillejättöä, jos ihminen jätetään ilman apua tukalassa tilanteessa.

Myös asiakkaan siirtäminen toiseen yksikköön tai toisen toimijan luokse on poiskäännyttämistä. Kun asiakkaan siirtäminen muualle muodostuu yksikön normaaliksi työtavaksi, työntekijän henkilökohtainen vastuu tilanteessa hälvenee. (Immonen & Kiikkala 2007, 70.) Poiskäännyttäminen tarkoittaa asiakkaalle

konkreettisesti myös hänen asiansa ratkaisemisen viivyttämistä (Hänninen & Karjalainen 2007, 188). Asiakkaan ensimmäinen kohtaaminen viranomaisen kanssa voi vaikuttaa paljon siihen, millaisia etuuksia ja palveluita hän saa, sillä viranomaisen tekemä päätös tai lausunto määrittää sen jälkeen tehtäviä päätöksiä. Esimerkiksi puutteellinen lausunto voi johtaa etuuden tai palvelun kieltämiseen ja mahdolliseen valitusprosessiin tai asiakkaan jäämiseen ilman tarvitsemaansa tukea. Tällaista tilannetta kutsutaan polkuriippuvuudeksi. (Määttä 2012, 153.)

Ikääntyneiden kohdalla kotiutuminen sairaalasta voi osoittautua palvelujärjestelmän aukkokohtaksi. Perälän ja kumppaneiden (2006, 27–28) tutkimuksessa suuri osa kotihoidon työntekijöistä koki, että sairaalan ja kotihoidon välinen tiedonvaihto ja yhteistyö asiakkaan kotiutumisen yhteydessä olivat puutteellisia ja että yhteistyömahdollisuuksia ei hyödynnetty tarpeeksi tehokkaasti. Myös sairaalan moniammatillinen henkilökunta kokee ikääntyneiden kotiutumisen yhteydessä tapahtuvan tiedonvaihdon usein puutteelliseksi (Isoherranen 2012, 136–137). Työntekijöiden lisäksi ikääntyneet asiakkaat voivat kokea kotiutumisen ongelmalliseksi: kotiutuminen sairaalasta ja varsinkin niin sanotut pakkokotiutukset herättävät ikääntyneissä turvattomuuden tunteita (Ylinen 2008, 117).

Kotiutumiseen liittyviä ongelmakohtia onkin pyritty poistamaan lainsäädännön keinoin. Vanhuspalvelulain (2012, 25 §) mukaan ikääntyneen henkilön kotiuttamisesta on ilmoitettava kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle hyvissä ajoin ennen kotiuttamista. Kotiutumisen suunnittelusta säädetään myös ikääntyneiden päivystyspotilaiden kohdalla. Heidän kotiutuksensa valmistelu on käynnistettävä viivytyksettä ja se on tehtävä tarvittaessa yhdessä potilaan, kunnan sosiaalihuollosta vastaavan viranomaisen, terveydenhuollon ammattihenkilöiden sekä läheisten kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä 2014, 10 §.)

Ikäsyrrjintää esiintyy yhteiskunnassa monilla tasoilla. Poliittiset keskustelut ja päätöksenteko voivat olla iän perusteella syrjiviä (Lymbery 2005, 14), ja esimerkiksi matala eläketaso voi kertoa rakenteellisesta ikäsyrrjinnästä. Ikäsyrrjintää ovat myös ikääntyneiden ihmisten kasvavasta määrästä käydyt keskustelut, joissa ikääntyneet nähdään hoivataakkana ja uhkana nuorempien sukupolvien taloudelliselle turvallisuudelle, ja sivuutetaan heidän merkityksensä epävirallista apua antavana ihmisjoukkona sekä koko- ja osaisina työntekijöinä. (Green 2010, 187–188, 195–197.)

Ikääntyneiden kategorisointi yhdeksi ryhmäksi johtaa helposti ajatukseen siitä, että ikääntyneet ihmiset ovat kaikki samanlaisia (Tanner & Harris 2008, 17). Ikääntyneet muodostavat kuitenkin hyvin kirjavain ihmisryhmän, ja ikääntyneet eroavat toisistaan esimerkiksi terveydentilansa ja toimintakykynsä, etnisen

taustansa, elämänhistoriansa, perhesuhteidensa ja sosioekonomisen taustansa perusteella. Ikääntyminen voi yhdessä muiden yhteiskunnallisten jakojen, kuten sukupuolen, etnisen taustan tai seksuaalisen suuntautumisen kanssa tuottaa kaksin-, kolmin- tai moninkertaisen vaaran joutua syrjityksi (*double/triple jeopardy*). Näin voi käydä esimerkiksi ikääntyneen homoseksuaalin tai ikääntyneen vammaisen maahanmuuttajataustaisen naisen kohdalla. (Green 2010, 192.) Sosiaali- ja terveysministeriön (2013, 15) laatusuosituksessa tunnistetaan ikääntyneiden heterogeenisyys ja korostetaan moninaisuuden huomioon ottamista yhteiskunnassa.

Paradoksaalisesti myös ikääntyneiden palvelut on voitu järjestää ikääntyneitä syrjivällä tavalla (Lymbery 2005, 14). Ikääntyneiden palveluissa ja niiden sisällä tapahtuvissa kohtaamisissa ikääntyneen asiakkaan toimintakyvyn heikkoudet voivat nousta tätä määrittäviksi tekijöiksi. Tällöin asiakkaan vahvuudet ja tämän jäljellä olevan toimintakyvyn tukeminen unohtuvat. (Zechner & Valokivi 2009, 175.) Ammattilaisilla voi myös olla stereotyyppisiä ja negatiivisia ajatuksia ikääntyneistä ihmisistä. Ikääntyneiden kohtaamaan väkivaltaan ja kaltoinkohteluun voidaan suhtautua vähemmän vakavasti kuin lasten kokemaan väkivaltaan. Ikäsyrjintä elää myös arkipäiväisessä ja institutionaalisessa kielenkäytössä: ikääntyneitä ihmisiä voidaan nimitellä stereotyyppisesti, ja erityisesti terveydenhuollossa heitä voidaan puhutella heidän diagnoosillaan heidän nimensä sijaan. (Lymbery 2005, 14–15.) Green (2010, 188–189) esittelee lisäksi lukuisia tutkimuksia, joiden mukaan ikääntyneet potilaat saavat terveydenhuollossa huonompaa hoitoa kuin nuoremmat potilaat.

Ikääntyneiden kanssa työskentelevät sosiaalityöntekijät nimeävät ikääntyneiden palveluiden eettisiksi ongelmiksi palvelujen tarjonnan niukkuuden, joka johtaa esimerkiksi ikääntyneiden asiakkaiden toistuvaan ”pompotteluun” hoitopaikkojen välillä, sekä asiakkaiden rajalliset mahdollisuudet osallisuuteen ja itsemääräämisoikeuteen (Ylinen 2008). Uuden vanhuspalvelulain (2012) 14 §:ssä on velvoitettu kuntia turvaamaan ikääntyneiden pitkäaikaisen hoitojärjestelyn pysyvyys, ellei toisin toimimiseen ole perusteltuja syitä. Ikääntyneiden mahdollisuutta osallisuuteen voidaan vahvistaa esimerkiksi vanhusneuvostojen kautta (mt., 11 §).

3.2 Palvelujärjestelmän rajat ja työ rajapinnoilla

3.2.1 Ikääntyneiden palvelujärjestelmän rajat ja rajapinnat

Ikääntyneiden palveluissa ja hoivassa keskeisiä rajalinjoja ovat kuntien, palveluntuottajien, kunnallisten hyvinvointipalvelujen sekä virallisen ja epävirallisen väliset rajat (Kröger 2009). Rajat voivat olla myös kansallisvaltioiden välisiä: Minna Zechner (2010, 86) on tarkastellut ikääntyneiden yllirajaista hoivaa, eli tilanteita, joissa omainen hoivaa toisessa maassa asuvaa ikääntynyttä läheistään.

Kuntien väliset rajat tarkoittavat fyysisten rajalinjojen lisäksi sitä, että monia palveluita tarjotaan eri kunnissa erilaisiin kriteereihin perustuen. Näin ollen eri kuntien asukkailla onkin kansalaisten välisen tasa-arvon ihanteesta huolimatta hyvin erilaiset mahdollisuudet saada palveluita. Erityisesti vaihtelu palvelujen saamisen kriteereissä on koskenut ikääntyneiden palveluita ja omaishoidon tukea. (Kröger 2009, 101–103). Esimerkiksi omaishoidon tuen tarvetta arvioidaan ja hoitopalkkion suuruus määritellään eri kunnissa hyvinkin erilaisin perustein. Kuntien sisällä sen sijaan on pyritty hakijoiden tasa-arvoisuuteen esimerkiksi kirjallisia ohjeistuksia laatimalla. (Linnosmaa ym. 2014, 45.)

Palveluntuottajien välisillä rajoilla Kröger (2009, 114–115, 124) viittaa kuntien mahdollisuuteen ostaa palveluita järjestöiltä ja yrityksiltä kunnan itsensä tuottamien palveluiden lisäksi tai niiden sijaan. Monien palveluntuottajien ja pirstoutuvan palveluverkoston ohjaaminen jää kunnan tehtäväksi, ja kunnalla on myös kokonaisvastuu ostamiensa palveluiden toimivuudesta sekä palveluiden ja asiakkaiden koordinoinnista niin, että asiakkaat eivät ajaudu väliinputoajiksi. Kun palveluiden kenttä on vaikeasti hahmotettava, tarvitaan palveluiden väliin siltoja helpottamaan asiakkaiden siirtymistä palvelusta toiseen tarpeen vaatiessa (Carpentier ym. 2008, 730).

Julkisten ja yksityisten palveluntuottajien välistä rajaa hämärtävät esimerkiksi tilanteet, joissa ikääntynyt asiakas asuu kunnan ostopalveluasiakkaana yksityisessä palvelutalossa. Ongelmalliseksi rajan häilähtelyn tekee se, että asiakas itse ei välttämättä tiedä, onko kyseessä julkinen vai yksityinen palvelu ja kenelle palvelun laadun mahdollisista puutteista voi huomauttaa. (Kalliomaa-Puha 2014, 345.) Ikääntyneille kuntalaisille voidaan myös tarjota mahdollisuutta ostaa palveluita palveluseteleillä, ja he voivat hakea verotukseen kotitalousvähennyksen käyttämistään yksityisistä palveluista (Kröger 2009, 114). Ikääntyneiden palveluissa valinnan vapautta korostava palveluseteli ei välttämättä toimi toivotulla tavalla esi-

merkiksi tilanteessa, jossa ikääntynyt ei kipujensa ja sairautensa vuoksi pysty keskittymään eri palveluntuottajien vertailemiseen ja parhaimman valikointiin ihanteellisen, aktiivisen kuluttaja-asiakkaan tapaan. Lisäksi ikääntyneen asiakkaan kynnys vaihtaa palveluntuottajaa voi olla korkea, vaikka palvelu ei olisi-kaan odotetun tasoista. (Kuusinen-James & Seppänen 2013, 322, 324–325.)

Kunnallisten hyvinvointipalveluiden välisistä rajoista tutkimukseni kannalta tärkein lienee sosiaali- ja terveydenhuollon välinen rajalinja, jonka ylittävän toiminnan vaikeuksia kuvaa esimerkiksi se, että sitä on kirjallisuudessa verrattu Berliinin muuriin (esim. Glasby 2003). Myös ikääntyneiden kotihoidossa sosiaali- ja terveystalveluiden eli kotitalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen on ollut haasteellista. Perälä ja kumppanit (2006, 32–33) tutkivat kotitalvelun, kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotihoidon työntekijöiden mielipiteitä työtä vaikeuttavista tekijöistä. Tutkimuksen mukaan yhdistetyn kotihoidon työntekijöistä noin kolmasosa koki ammattikulttuurien erilaisuuden (31 %) sekä ammattiryhmien välisen kilpailun (27 %) ja luottamuksen puutteen (30 %) vaikeuttavan työtään. Erillään organisoitujen kotitalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät kokivat vähemmän ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön liittyviä ristiriitoja.

Vaikka sosiaali- ja terveystalvelut on usein yhdistetty hallinnollisesti, voi niiden välinen yhteistyö olla takkuilevaa. Kun talveluita tuottavat tahot määrittelevät sitä, mitä niiden vastuualueisiin kuuluu, ottavat ne samalla kantaa siihen, mitä niiden velvollisuuksiin ja tehtäviin ei kuulu. Tällöin voi syntyä myös kiistoja siitä, mille taholle jonkin talvelun järjestäminen tai asiakasryhmä kuuluu. Muut talveluntuottajat joutuvat reagoimaan toisten tekemiin rajanvetoihin, ja sosiaali- ja terveydenhuoltoa tutkittaessa on huomattu, että sosiaalitalvelut joutuvat toimimaan kasvavassa määrin terveydenhuollon tukena ja vaatimusten kohteena sen sijaan, että ne voisivat määrittää toimintaansa omilla ehdoillaan. (Kröger 2009, 104–105.) Lainsäädäntö määrittää rajapinnoilla tehtävää yhteistyötä ja osin velvoittaakin siihen, erityisesti sosiaali- ja terveystalveluiden välillä: sosiaalihuoltolaissa (2014, 41 §) säädetään monialaisesta yhteistyöstä ja terveydenhuoltolaissa (2010, 32 §, 33 §) sosiaali- ja terveydenhuollon sekä perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöstä. Lisäksi vanhuspalvelulaissa (2012, 4 §, 10 §) velvoitetaan kunnan eri toimialoja toimimaan yhteistyössä ikääntyneiden henkilöiden hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi. Kunnalla tulee olla käytettävissään monipuolista asiantuntemusta ikääntyneiden hyvinvoinnin tukemiseksi ja tarvittavien sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämiseksi. Lisäksi ikääntyneen henkilön talveluntarpeiden selvittämisestä vastaavan työntekijän on tehtävä yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa ikääntyneen tarpeiden mukaisesti (mt. 15 §).

Sosiaalipalvelutkaan eivät ole yhtenäinen kokonaisuus, vaan ne on monissa kunnissa jaettu eriytyneiden asiakasryhmien, kuten ikääntyneiden, vammaisten tai lapsiperheiden palveluiksi (Kröger 2009, 110). Eriytyneiden yksiköiden etuna on se, että niissä voidaan tarjota asiakkaille asiantuntevampaa apua (Rau-nio 2009, 51). Käyttäjärühmäperustaiset palvelut voivat kuitenkin olla myös ongelmallisia esimerkiksi silloin, kun asiakas ei asetu siististi minkään palvelun piiriin tai jos hän hyötyisi useamman sektorin palveluista. Näin voi käydä esimerkiksi ikääntyneille vammaisille, jotka ovat eräs ikääntyneiden erityi-sistä ryhmistä. Ikääntymisen mukanaan tuomat muutokset voivat merkitä vammaiselle henkilölle ”toisen vammaisuuden” alkua ja uhkaa itsenäisyydelle, etenkin jos sopivaa apua ja tukea ei ole saatavissa. Pal-velujärjestelmässä voi ikääntyneiden vammaisten kohdalla syntyä aukkoja ja heidän voi olla vaikea saada tarvitsemiaan palveluita, koska heidän erityisiä tarpeitaan ei oteta huomioon ikääntyneiden palveluissa. (Zarb 1997, 37–38, 44.) Vammaispalvelutkaan eivät aina vastaa ikääntyneiden vammaisten asiakkaiden tarpeisiin, sillä niitä suunniteltaessa on ajateltu pääasiassa lasten, nuorten ja työikäisten tarpeita, ei ikään-tyneiden erityisvaatimuksia. Tämä on ongelmallista, sillä vammaisuus ei suinkaan häviä ikääntymisen myötä. (Kröger 2009, 110–111.)

Kuntien, järjestöjen ja yritysten lisäksi hyvinvoinnin palveluita tuottavat perhe ja suku, seurakunnat sekä vapaaehtoistyöntekijät (Julkunen 2006, 120, 122; Kröger 2009, 112). Näin ollen ikääntyneiden saama apu ja hoiva voi olla virallista tai epävirallista. Epävirallinen eli informaali hoiva on omaisten tai läheis-ten palkattomasti tekemää työtä, kun taas formaali, virallinen hoiva on kunnallisten tai muiden työhön palkattujen toimijoiden tuottamaa (Geissler & Pfau-Effinger 2005, 8–9). Ikääntyneiden ihmisten avun tarvetta ja saantia kuvaavissa tutkimuksissa epävirallisten tahojen, erityisesti puolison sekä aikuisten las-ten ja näiden puolisoitten, antama apu on merkittävämmässä roolissa kuin virallisten tahojen antama apu: epävirallista apua saadaan enemmän ja tiiviimmin kuin julkista kotihoitoa tai muuta virallista apua (esim. Blomgren ym. 2006, 170–171; Helminen ym. 2012, 168; Van Aerschot & Valokivi 2012, 260). Päävas-tuu ikääntyneiden palveluista on siis – ehkä vastoin yleistä luuloa – julkisen sektorin sijaan omaisilla ja muilla läheisillä (Van Aerschot & Valokivi 2012, 261).

Epävirallisen ja virallisen avun rinnalle on nostettu myös niiden sekoitus, niin sanottu puolivirallinen hoiva, jolla tarkoitetaan tilanteita, joissa omaistaan hoitava henkilö saa yhteiskunnalta palkkion hoiva-työstä (Geissler & Pfau-Effinger 2005, 8–9). Suomalaisessa kontekstissa omaishoidon tuki on puolivi-rallinen, virallisen ja epävirallisen rajapinnalle sijoittuva hoivan muoto, jossa yhteiskunta antaa omais-hoitajalle rahallista ja muuta tukea korvaukseksi hoidosta, jota tämä antaa läheiselleen (Kröger 2009,

119). Omaishoidon tuki ei ole ainoa tapaus, jossa virallinen ja epävirallinen kietoutuvat yhteen. Näin käy myös esimerkiksi silloin, kun omainen ostaa ikääntyneelle läheiselleen palveluita (Blomgren ym. 2006, 167).

Aaltonen ja kumppanit (2014, 263) kuvaavat tekemiensä haastattelujen pohjalta ikääntyneiden omatoimisuutta ”haavoittuvassa elämäntilanteessa selviytymiseksi verkostojen avulla”. Näitä verkostoja ovat esimerkiksi läheis- ja ammattilaisverkostot, joiden toimiva yhteistyö on ikääntyneen selviytymisen tukemisen kannalta olennaista. Silti esimerkiksi virallisten ja epävirallisten tahojen yhteistyön aste vaihtelee. Carpentier ja kumppanit (2008, 722) ovat virallisen ja epävirallisen välistä rajapintaa tarkastellessaan huomanneet, että ammattilaisten puhe keskittyy ikääntyneeseen asiakkaaseen, eivätkä he juuri puhu tämän omaishoitajasta ja muista omaisista tai läheisistä. Twigg (1989) on jaotellut sosiaalialan työntekijöiden käsitykset omaisista ja omaishoitajista kolmeen luokkaan, jotka ovat omaiset resurssina, omaiset kanssa-työntekijöinä ja omaiset kanssa-asiakkaina. Ensimmäisen näkökulman mukaan omaiset ovat itsestään selvä hoivaresurssi, jota virallinen taho ei voi ohjailla. Virallinen hoiva toimii epävirallisen täydentäjänä ja puutteiden paikkaajana. Toisen näkökulman mukaan virallinen ja epävirallinen toimivat yhdessä toisiaan tukien. Kolmannen näkökulman mukaan omaishoitajat ovat ikääntyneen asiakkaan tapaan virallisen toimijan asiakkaita, ja viralliset toimijat pyrkivät lievittämään omaisen hoivaamisen aiheuttamaa räsitusta.

Eri toimijoiden väliset rajat määrittyvät aina jossain tietyssä ajassa ja paikassa, ja siksi rajat ovat muuttuvia (Kröger 2009, 99). Rajat voivat olla toimijoille selkeitä ja itsestään selviä, mutta ne voivat myös jäädä epäselviksi, jos toimijoiden tehtävät ja vastuut liittyvät toisiinsa (Kiuru & Metteri 2014, 184). Rajojen vetämisen avulla sekä tehdään mahdolliseksi yhteistyö joidenkin toimijoiden välillä että suljetaan pois toisia potentiaalisia yhteistyökumppaneita (Slembrouck & Hall 2014, 61–62). Rajojen avulla myös selkiytetään omaa työnkuvaa. Kiuru ja Metteri (2014, 185) ovat asiakasasiakirjoja tutkiessaan havainneet työntekijöiden kuvaavan toimijoiden rajojen avulla sitä, kuinka mainitut yhteistyötahot tukevat tai voisivat tukea kirjauksen laatijan oman yksikön tehtävien toteuttamista.

Kahden eri toimijan rajapinnalle syntyy toimijoiden välisen yhteistyön sekä työn- ja vastuunjakojen kautta oma järjestelmänsä, instituutioiden välinen tehtäväalue. Tällä välialueella toimijat määrittelevät yhdessä yhteisten asiakkaidensa asiakkuuteen liittyviä tehtäviä sekä sitä, kuka toimijoista hoitaa minkäkin tehtävän. (Kiuru & Metteri 2014, 164–165, 166–167, 186.) Rajapintojen toimijat ovat sidoksissa

toisiinsa, toimivat vaihtuvissa tilanteissa eri tavoin ja täyttävät useita eri rooleja sekä käyttävät monenlaisia vuorovaikutuksen keinoja kommunikoidessaan keskenään (Carpentier ym. 2008, 734–735). Rajapintojen työ siis rakentuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksen lisäksi rajoilla on läsnä myös valta ja kontrollin mahdollisuus, erityisesti virallisen toimijan suhteessa epäviralliseen: asiakkaaseen tai läheiseen. Tarja Pösö (2010, 325–326) on käyttänyt lastensuojelun institutionaalisen rajan käsitettä kuvaamaan kohtaa, jossa julkinen järjestelmä eli lastensuojelu puuttuu yksityisiin, lapsen ja vanhempien välisiin suhteisiin. Sosiaalityöntekijän tekemät päätökset luovat institutionaalisia rajoja, ja siten rajoihin liittyy palvelutarpeiden ja niihin vastaamisen tapojen lisäksi myös julkisen vallan kontrolli. Käsitän myös ikääntyneiden palveluissa olevan institutionaalisia rajoja esimerkiksi niissä kohdissa, kun palvelu tai palveluntarpeen selvitys alkaa.

Eri toimijoiden välisiä rajanvetoja voi tutkia rajatyön käsitteen kautta. Thomas F. Gieryn (1983) käytti rajatyön käsitettä kuvaamaan tutkijoiden käyttämiä strategioita, joilla he pyrkivät erottamaan oman tieteellisen työnsä epätieteelliseksi käsittämistään töistä eli luomaan rajoja tieteen ja ”epätieteen” välille. Käsitettä ovat sittemmin hyödyntäneet esimerkiksi Allen (2000), joka on tutkinut sairaanhoitajien neuvotteluja työnsä ja rooliensa rajoista, sekä sosiaalityön tutkimuksessa muun muassa Günther ja kumppanit (2013) mielenterveyskuntoutuksen asiakaslähtöisyyttä tarkastellessaan, Hall ja kumppanit (2010) tutkiessaan perhepalveluiden työntekijöiden roolityötä kotikäynneillä sekä Slembrouck ja Hall (2014) tarkastellessaan sosiaalityön asiakastyön kohtaamisia.

Rajatyötä ovat ne keinot, joiden avulla toimijat määrittävät oman asiantuntijuutensa aluetta, sen suhdetta palvelujärjestelmään ja asiakkaan asiantuntijuuteen sekä sitä, miten erilaiset asiantuntijuudet otetaan tilanteessa huomioon (Günther ym. 2013, 89). Slembrouckin ja Hallin (2014, 77) mukaan rajatyö on laaja ja jatkuva osa sosiaalityötä, joka vaikuttaa niin vuorovaikutukseen kuin käytettäviin interventioihinkin. Työntekijöiden tekemä rajatyö on helposti huomattavissa esimerkiksi asiakkaan ollessa siirtymäkohdassa, kuten tämän vaihtaessa yhden palvelun parista toisen palvelun piiriin (Günther ym. 2013, 90–95). Rajatyöhön liittyvät olennaisesti kysymykset vastuusta, sillä rajatyö on neuvottelua siitä, mille taholle mikäkin tehtävä kuuluu, voidaanko työn rajoja ja rooleja ylittää ja mistä suunnista ongelmia voidaan käsitellä (Slembrouck & Hall 2014, 74). Ammatilliset roolit eivät ole kiveen hakattuja, vaan parhaimmillaan ne joustavat tarvittaessa asiakkaan tarpeiden mukaan (Hall ym. 2010, 356). Sosiaali- ja terveyspalveluiden välisessä yhteistyössä perinteisistä ammatillisista rooleista neuvottelu voi olla haastavaa, ja

roolirajojen ylittäminen synnyttää ristiriitoja. Toimijoiden välinen luottamus vähentää ristiriitojen syntymistä. (Isoherranen 2012, 101, 110.)

Sosiaalityön kohtaamisissa osallistujat yleensä neuvottelevat ja selvittelevät sitä, kuka on tehnyt tai kenen pitäisi tehdä mitäkin. Lisäksi kohtaamisissa määritellään sitä, mikä asia muodostuu keskustelun tai toiminnan kohteeksi, ja mitkä asiakkaan tilanteeseen kuuluvat asiat jäävät keskustelussa taustalle tai siitä kokonaan pois. Näin rajatyön keinoin säädellään toimintaa ja toimijuutta. Myös sosiaalityötä professionaalisesti määritellään ja muotoillaan rajatyön kautta. (Slembrouck & Hall 2014, 64.) Erityisesti niin sanottujen uusien professioiden, joiden joukkoon sosiaalityönkin voi laskea, tekemän rajatyön tarkoituksena on vakiinnuttaa ammatin ja sen tarjoamien palveluiden asema (Hall ym. 2010, 356). Moniammatillisissa kohtaamisissa vallalla voi olla perinteinen yksilöasiantuntijuutta korostava malli, jossa professio määrittelee roolin, tai moniammatillisen yhteistyön malli, jossa roolit muodostuvat joustavasti tilanteittain (Isoherranen 2012, 115).

3.2.2 Vastuu sosiaalityössä ja sosiaalityön rajoilla

Sosiaalipoliittisissa keskusteluissa vastuun ja vastuiden diskurssi on vahvistunut. Julkunen (2006, 251) onkin kirjoittanut vastuunosoittamisen yhteiskunnasta, jossa julkisella vallalla ja perheillä on tehtävien ja roolien lisäksi vastuita. Yhteiskunta on vastuussa, mutta samaan aikaan myös yhteiskunnan eri toimijat, kuten kunnat, työnantajat, -tekijät ja -hakijat sekä perheet ja omaiset, ovat vastuussa yhteiskunnalle.

Suomalaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa kansalaisten tasa-arvo ja yhteinen vastuu ovat perinteisesti olleet tärkeässä asemassa. Niiden rinnalla on kuitenkin painotettu myös kansalaisten omaa vastuuta: julkisen vallan tehtävänä on ollut luoda riittävät olosuhteet ja tarjota väliaikaiseksi tarkoitettua tukea, jonka avulla autetaan yksilöä ja perheitä ottamaan jälleen vastuu omasta elämästään. (Julkunen 2006, 9, 21, 109.) Sosiaalipalveluiden lisäksi esimerkiksi terveydenhuollosta käydyssä keskustelussa on painotettu kansalaisten omaa vastuuta terveystyöskäytymisestään ja sairauksistaan. Kansalaisten omaa vastuuta korostavat puhuvat ovat kuitenkin usein sivuuttaneet esimerkiksi sosioekonomisen aseman vaikutuksen terveyteen (mt., 185–186).

Sosiaalityössä vastuuta voidaan tarkastella useasta näkökulmasta. Vastuu voi näyttäytyä joko työntekijän vastuuna asiakkaan tilanteen parantamisesta tai asiakkaan vastuuna tämän omasta elämästä ja asioista.

Työntekijä on asiakkaan lisäksi vastuussa palvelujärjestelmälle ja esimiehilleen. Sarah Banks (2004, 152–153) kirjoittaa ”uudesta vastuusta”, jolla hän tarkoittaa kehitystä, jossa työhön on työntekijöiden toiminnan sääntelemiseksi tullut yhä enemmän ennalta määriteltäviä tavoitteita sekä yksityiskohtaisia toimintamalleja eri tilanteita varten. ”Uuden vastuun” myötä korostuu työntekijän vastuu noudattaa annettuja toimintamalleja. Banksin (mt., 157–172) haastattelemista työntekijöistä osa puolusti toimintamalleja ja ”uutta vastuuta” selkeänä, asiakkaiden oikeuksia vahvistavana ja oikeudenmukaisena toimintatapana. Osa taas vastusti ulkoa päin annettuja toimintamalleja siksi, että ne ohjaavat asiakastapaamisten kulkua liikaa, eivät ota huomioon tilanteiden ainutkertaisuutta tai kontekstia ja vähentävät luottamusta ja herkkyyttä kohtaamisissa.

Uusliberalistinen, ekonomistinen ja individualistinen näkökulma korostaa yksilön ja pienyhteisön vastuuta. Tämän näkökulman mukaan asiakkaalla on vastuu tekemistään teoista ja valinnoista sekä ottamistaan riskeistä, ja hän saa oikeuden tukeen ja palveluihin vasta sitten, kun ottaa vastuun omasta elämästään ja parhaassa tapauksessa myös läheisistään. (Juhila 2006, 67–69.) Asiakkaita voidaan siis vastuuttaa sosiaalityössä, mutta Matarase ja Caswell (2014, 56) muistuttavat siitä, että myös asiakas voi käyttää vastuuta argumentaation keinona esimerkiksi määrittelemällä työntekijän tekemän työn puutteelliseksi.

Juhila (2006, 155–157) erottaa yksilön vastuuta korostavan diskurssin lisäksi toisenlaisen tavan puhua vastuusta sosiaalityön toimintaympäristöissä. Tässä puhettavassa korostetaan ihmisten keskinäistä vastuuta ja yhteiskunnan merkitystä yksilöiden tai pienten yhteisöjen toiminnan sijaan. Pohjoismainen hyvinvointivaltio on ollut perinteisesti esimerkki yhteiskunnasta, jossa vallitsee keskinäisen vastuun ideologia ja universalismi. Keskinäinen vastuu perustuu ihmisten myötätuntoon ja samaistumiseen ja perustelee yhteiskunnan antamien palveluiden merkitystä: kuka tahansa voi joskus, jossain elämänsä tilanteessa, olla tuen ja hoivan tarpeessa. Oli työntekijän omaksuma vastuun diskurssi mikä tahansa, on vastuu aina läsnä sosiaalityön arkisissa kohtaamisissa, ja sitä luodaan erilaisilla puhetavoilla. Näitä ovat esimerkiksi toimijoiden luokittelu ”hyväksi” tai ”huonoksi” sekä heidän rooliensa ja työalueidensa määrittely, eli rajatyö. (Matarase & Caswell, 2014, 51, 53, 60.)

Moniammatillisessa työskentelyssä vastuu asiakkaista voi jakautua työntekijöille niin, että jokaisella on oma vastuualueensa ja osuutensa. Toisaalta vastuu voi olla myös kaikkien yhteistä, vastuunottoa koko tiimin toiminnasta. (Isoherranen 2012, 115, 118.) Kasvokkaisten tai muiden kohtaamisten lisäksi vastuu ja sen kysymykset näkyvät myös työntekijöiden tuottamissa asiakirjoissa. Asiakirjoihin kirjoitetaan nä-

kyviin se, kuinka eri tahot tarjoavat ja takaavat palveluita asiakkaalle. Tällöin yksittäisen asiakkaan tilanteen lisäksi asiakirjoissa kuvataan myös eri toimijoiden toimintamahdollisuuksia, niiden ottamia vastuuta sekä vastuun jakautumista muuttuvissa olosuhteissa. (Kiuru & Metteri 2014, 176–177.)

Työntekijällä on myös eettinen vastuu, joka nousee esiin esimerkiksi tilanteissa, joissa asiakkaan itsemääräämisoikeus ja hänen suojelemisensa asettuvat vastakkain. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja edistäminen niin kauan kuin tämä ei vahingoita muiden etua kuulu sosiaalityön eettisiin periaatteisiin (Arki, arvot, elämä, etiikka 2013, 8). Kuitenkin esimerkiksi muistisaira tai läheisensä kaltoin kohtelevan ikääntyneen asiakkaan kohdatessaan työntekijä voi joutua punnitsemaan sitä, kuinka pitkälle tämän itsemääräämisoikeutta on mahdollista noudattaa. Asiakkaan itsemääräämisen kunnioittaminen kun voi johtaa tosiasiassa tämän heitteillejättöön. Ylisen (2008, 120) mukaan ikääntyneiden asiakkaiden parissa työskentelevät sosiaalityöntekijät joutuvatkin jatkuvasti tasapainottelemaan kahden ääripään – liiallisen tai liian vähäisen puuttumisen – välillä ja pohtimaan valtaansa, vastuutaan ja velvollisuuksiaan. Esimerkiksi ilmoituksen edunvalvonnan tarpeessa ilmeisesti olevasta henkilöstä voi tehdä holhousviranomaiselle vaitiolovelvollisuuden estämättä (Laki holhoustoimesta 1999, 91 §). Vanhuspalvelulakiin (2012, 25 §) on myös sisällytetty työntekijän ilmoitusvelvollisuus salassapitosäännöksistä huolimatta, jos tämä saa tiedon ikääntyneestä henkilöstä, joka ei kykene vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan.

Ikääntyneen asiakkaan suojelemisen ja tämän itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ongelma voi nousta esiin myös pohdittaessa tämän asuinpaikkaa jatkossa. Tällaista päätöstä tehdessä läheisten rooli voi kasvaa suureksi, ja heidän tuntemansa epäluottamus ja huoli ikääntyneen asiakkaan selviämisestä kotona vaikuttavat siihen, mitä päätöksiä nämä toivovat tehtävän. Ikääntyneen asiakkaan oma osallisuus voi silloin jäädä ohueksi läheisten äänen alla. (Lymbery 2005, 31; Ylinen 2008, 119; Zechner & Valokivi 2009, 168). Toisaalta ikääntyneen asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja toiveiden kunnioittaminen voi johtaa tämän läheisten uupumiseen esimerkiksi tilanteessa, jossa omaishoivattava ikääntynyt ei suostu lähtemään intervallijaksolle laitokseen, jotta omaishoitajana toimiva puoliso saisi levätä hetken (Zechner & Valokivi 2009, 165–166). Läheiset voivat myös joutua ottamaan vastuun sairaalasta kotiutetun ikääntyneen hoivasta ja tarpeista, vaikka eivät itse tahtoisi tai kokisi jaksavansa tehdä niin (Ylinen 2008, 118). Sosiaalityössä ja palvelujärjestelmässä vastuutetaan työntekijöiden ja asiakkaiden lisäksi siis myös läheisiä, vaikka Suomessa omaisilla ei olekaan lakiin kirjattua velvollisuutta huolehtia ikääntyneistä sukulaisistaan ja virallisesti vastuu ikääntyneiden hoidosta on siirretty yhteiskunnalle (Kröger 2009, 116).

Läheisiä vastuuttaessa on myös tunnistettava se, että läheiset eivät välttämättä auta ja hoivaa ikääntynyttä vilpittömin mielin. Ikääntyneiden kaltoinkohtelu ja taloudellinen hyväksikäyttö ovat todellisia ilmiöitä, joita ikääntyneiden parissa työskentelevät työntekijät kohtaavat (esim. Ylinen 2008, 119).

3.3 Palvelujärjestelmä ja ikääntyneet asiakkaat

Ikääntyneiden palvelujärjestelmä korostaa tällä hetkellä kotona asumista ja sen tukemista mahdollisimman pitkään (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 22–23; Voutilainen ym. 2007, 154). Laitoshoidon vanhuspalvelulainkin (2012, 14a §) mukaan viimesijainen vaihtoehto, joka tulee kyseeseen vain erityisistä syistä. Ikääntyneiden kotona asumista tukevia palveluita ovat esimerkiksi kotihoito ja sen tukipalvelut, kuten siivous-, ateriat- ja kauppapalvelu, sekä gerontologinen sosiaalityö. Ikääntyneiden palveluita tuottavat kuntien lisäksi yritykset, järjestöt, seurakunnat ja vapaaehtoistyöntekijät. Merkittävimmän osan ikääntyneiden tarvitsemasta avusta ja hoivasta tuottavat kuitenkin läheisverkostot ja omaishoitajat. (Julkunen 2006, 120, 122; Kröger 2009, 112; Van Aerschot & Valokivi 2012, 261.) Läheisiä myös vastuutetaan ikääntyneiden läheistensä hoivasta esimerkiksi näiden kotiutuessa sairaalasta (Ylinen 2008, 118).

Perusterveydenhuollon palveluiden kuten kotisairaanhoidon ja terveyskeskuspalveluiden lisäksi myös erikoissairaanhoidon tarjoaa terveyspalveluita ikääntyneille. 75 vuotta täyttäneiden osuus erikoissairaanhoidon asiakkaista on kasvanut 2000-luvulla. Erityisesti somaattisen erikoissairaanhoidon asiakkaista merkittävä osa on jo nyt 75 vuotta täyttäneitä (Rainio & Rätty 2015), ja jos teoria sairastavuuden tiivistymisestä elämän viimeisiin vuosiin (ks. Green 2010, 181) pitää paikkansa, tulee ikääntyneiden erikoissairaanhoidon asiakkaiden osuus vielä entisestään korostumaan.

Suomalaisen hyvinvointivaltion palvelujärjestelmän heikkoudeksi voi osoittautua sen pirstaleisuus. Avun tarpeessa olevan asiakkaan voi olla vaikea löytää oikea paikka, josta saada tarvitsemiaan palveluita. Palveluiden ja eriytyneiden yksiköiden välisille alueille tarvitaankin siltoja helpottamaan asiakkaan siirtymistä palveluiden välillä (Carpentier ym. 2008, 730). Ylisen (2008, 120) tutkimuksessa gerontologinen sosiaalityö asemoituu välittäjäksi ja neuvottelijaksi ikääntyneen asiakkaan, tämän läheisverkoston sekä palveluiden välisiin tiloihin. Eri toimijoiden välisillä rajoilla voi parhaimmillaan syntyä hedelmällistä yhteistyötä, joka voi myös tukea ikääntyneen asiakkaan asumista kotona.

Erityisesti niiden ikääntyneiden, joiden on vaikea keskustella omista avun tarpeistaan, voi olla vaikea hakeutua palveluiden piiriin. Avun tarpeista viranomaisen kanssa neuvotellessa ikääntynyt voi toivoa tuekseen tai puolestapuhujakseen toista henkilöä, esimerkiksi jonkun läheisensä. Läheisten rooli ikääntyneiden hyvinvoinnin tuottamisessa on suuri, mutta toisaalta työntekijältä vaaditaan myös eettistä herkkyyttä huomata tilanteet, joissa läheisen mielipide esimerkiksi ikääntyneen tulevasta asumispaikasta jyrää ikääntyneen omien mielipiteiden ja toiveiden ylitse. (Lymbery 2005, 31; Ylinen 2008, 119; Zechner & Valokivi 2009, 168.) Lisäksi läheinen voi hyvinvoinnin sijaan tuottaa ikääntyneelle asiakkaalla myös pahoinvointia kohtelemalla tätä kaltoin (Ylinen 2008, 119).

Ikääntyneiden parissa tehtävä sosiaalityö kiinnittyy usein ikääntyneiden asiakkaiden elämän siirtymävaiheisiin, kuten sairaalasta kotiutumiseen tai tuetumpaan asumismuotoon muuttamiseen (Lymbery 2005, 30; Ray & Phillips 2012, 40). Sen vuoksi gerontologisessa sosiaalityössä joudutaan kiinnittämään huomiota työntekijän vastuuseen, asiakkaan oman tahdon kunnioittamiseen ja toisaalta myös asiakkaan suojeluun, jos tämän oman tahdon noudattaminen johtaisi liian vaikeaan tilanteeseen (Ylinen 2008, 120). Työntekijän ja läheisten vastuun lisäksi myös asiakkaan oma vastuu nousee esiin sosiaalityön arkisissa käytännöissä.

4 TUTKIELMAN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen tehtävä ja tutkimuskysymys

Ikääntyneiden terveydenhuollon asiakkaiden määrä kasvaa tulevaisuudessa sekä väestön ikääntymisen myötä että sairastavuuden tiivistyessä elämän viimeisiin vuosiin. Erikoissairaanhoidon painopiste on erityisessä ja vaativassa hoidossa, ja potilaat kotiutetaan tai siirretään jatkohoitoon kunnan sairaaloihin tai terveyskeskuksiin heti, kun se on mahdollista. Siirtymävaiheissa toimijoiden välinen yhteistyö ja vastuun kysymykset korostuvat. Siksi erikoissairaanhoidon on kiinnostava konteksti rajapintatyön tutkimiselle.

Haluan tutkimukseni avulla selvittää ja tehdä näkyväksi erikoissairaanhoidon sosiaalityön rajapinnoilla tehtävää työtä 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden kohdalla. 75 vuotta täyttäneiden henkilöiden toimintakyky on usein jo alkanut heiketä. Lisäksi he määrittyvät jo ainakin tasolla erityiseksi joukoksi: sosiaalihuoltolaissa (2014, 36 §) heille annetaan oikeus palvelutarpeen arviointiin, joka kunnallisen viranomaisen on aloitettava viimeistään seitsemäntenä päivänä yhteydenotosta. Myös vanhuspalvelulain vuonna 2011 esitellyssä luonnoksessa iäkkään ihmisen määritelmälle ehdotettiin 75 vuoden ikärajaa. Luonnoksesta annetuissa lausunnoissa ikärajaa pidettiin kuitenkin liian korkeana, liian alhaisena sekä tarpeettomana ja yhdenvertaisuuden kannalta ongelmallisena (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 18). Valmiissa vanhuspalvelulaissa (2012, 3 §) iäkäs henkilö määritelläänkin toimintakyvyn heikentymisen perusteella.

Tutkimuskysymykseni on:

Mitä on erikoissairaanhoidon sosiaalityön rajapinnoilla tehtävä työ 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden kohdalla?

Vastaan tutkimuskysymykseeni erittelemällä ensin sitä, minkä toimijoiden kanssa erikoissairaanhoidon kahden eri yksikön sosiaalityöntekijät aineistoni perusteella tekevät yhteistyötä. Sen lisäksi tarkastelen yhteistyön syitä ja sisältöjä. Yhteistyön syillä tarkoitan niitä asiakkaan elämäntilanteeseen liittyviä asioita ja olosuhteita, joiden vuoksi hän hakeutuu tai joutuu asioimaan sosiaalityöntekijän kanssa, ja toisaalta niitä tekijöitä asiakkaan tilanteessa, joiden takia sosiaalityöntekijä tekee yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Syyt ovat mielenkiintoinen tutkimuksen kohde, sillä erikoissairaanhoidon asiakkaista läheskään kaikki eivät ole erikoissairaanhoidon sosiaalityön asiakkaita, eikä sosiaalityö ole se palvelu, jota asiak-

kaat ensisijaisesti erikoissairaanhoidosta hakevat. Yhteistyön sisällöillä taas tarkoitan sitä, mitä sosiaalityöntekijä tilanteessa tekee. Yhteistyökumppaneiden, syiden ja sisältöjen lisäksi tarkastelen sitä, miten vastuut jakautuvat eri toimijoiden välillä. Rajapinnoilla tarkoitan tutkimuksessani työntekijän ja asiakkaan, erikoissairaanhoidon ja peruspalveluiden, erikoissairaanhoidon ja potilaiden läheisverkostojen sekä erikoissairaanhoidon sisäisten toimijoiden välisiä tiloja ja yhteistyön alueita.

Terveystieteiden kielellä on normaalia puhua potilaista, kun taas sosiaalityössä asiakas on yleisesti käytetty käsite. Aineistossani sosiaalityöntekijät kirjoittavat sekä potilaista että asiakkaista, mikä näyttää johtuvan yksiköiden välisistä eroista dokumentointikulttuureissa. Sosiaalityön kielenkäytössä asiakas tuntuu minusta luontevammalta käsitteeltä, joten olen päätenyt kutsumaan tutkielmassani erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijän asiakkaita potilaiden sijaan juurikin asiakkaiksi. Tämä tuo osaltaan esiin erikoissairaanhoidon sosiaalityön kaksinaista roolia: sen asiakkaat ovat terveydenhuollon potilaita, ja se toimii terveydenhuollon toimintakehyksen sisällä, mutta sen toimintalogiikka on silti sosiaalityön arvojen ja periaatteiden mukainen.

4.2 Asiakirjat rajapinnoilla tehtävän työn tutkimuksen kontekstina

4.2.1 Aineistona potilasasiakirjat

Aineistoni koostuu erään erikoissairaanhoidon antavan sairaalan silmätautien yksikön sekä vanhuspsykiatrian yksikön sosiaalityöntekijöiden tekemistä kirjauksista heidän tapaamiensa 75 vuotta täyttäneiden potilaiden potilaskertomusten SOS-näkymään. Kyseinen sairaala kuuluu noin 20 kunnan muodostamaan sairaanhoitopiiriin. Silmätautien ja vanhuspsykiatrian yksiköt valikoituivat sairaalan sisällä aineiston keruun paikoiksi, sillä kyseisissä yksiköissä on paljon 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita, ja koska ne ovat keskenään erilaisia ja siten kiinnostavia myös vertailukohteina, vaikka aineistostani ei sen koon vuoksi voikaan tehdä yleistettäviä vertailuja. Silmätautien yksikössä hoidetaan somaattisia, silmiin liittyviä sairauksia, ja sen toiminta on poliklinikkapainotteista, vaikkakin yksikössä on myös vuodeosastotoimintaa. Vanhuspsykiatrian yksikössä asiakkaat taas ovat pääasiassa vuodeosastohoidossa erilaisten mielenterveyden häiriöiden vuoksi.

Potilaskertomusten tutkiminen tuntui jo tutkimusprosessin alussa luontevimmalta tavalta lähestyä valitsemaani aihetta. Erikoissairaanhoidon työntekijöiden, myös sosiaalityöntekijöiden, oletetaan kirjaavan sähköiseen potilasjärjestelmään selkeästi asiakkaan tilanteen kannalta olennaiset seikat (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 7 §) sekä riittävällä tarkkuudella ne asiat, joita he ovat asiakkaan tai tämän läheisverkostojen kanssa tai puolesta tehneet. Uskon sen vuoksi saaneeni potilaskertomuksista tarkan, täsmällisen ja ajantasaisen aineiston.

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaskertomusta sekä siihen liittyviä potilastietoja ja asiakirjoja (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 2 §). Niihin merkitään potilaan hoidon kannalta tarpeelliset tiedot (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 12 §). SOS-näkymä tarkoittaa sähköisessä potilastietojärjestelmässä sosiaalityön erikoisalalehteä; potilaskertomuksessa jokaiselle ammattilaiselle ja lääketieteen erikoistumisalalle on oma erikoisalalehtensä, jolle kyseiset työntekijät tekevät kirjauksensa. Terveystieteiden sosiaalityöntekijät kirjaavat SOS-näkymälle käyttäen kansallisesti yhteneviä otsikoita ja nimikkeitä. Dokumentoinnin yhdenmukaisuus on tärkeää sähköisen Kansallisen terveysarkiston eli Kanta-palvelun toimivuuden vuoksi. (Terveys- ja sosiaalityön palvelujen dokumentointi. Ohje rakenteiseen kirjaamiseen sähköisissä potilasjärjestelmissä 2014, 2, 6.)

Hain tutkimustani varten vuoden 2015 lopussa tutkimusluvan sairaanhoitopiiriltä, jossa kyseinen sairaala sijaitsee. Aineiston keruu alkoi tammikuussa 2016. Silmätautien ja vanhuspsykiatrian yksiköiden sosiaalityöntekijät tekivät minulle vuoden 2016 alusta alkaen listaa niistä 75 vuotta täyttäneistä asiakkaista, jotka he olivat tavanneet tai muuten toimineet näiden asioissa niin, että olivat kirjoittaneet näiden potilaskertomuksen SOS-näkymälle. Aineistoni valikointikriteereinä ovat siis se, että asiakas oli täyttänyt 75 vuotta sosiaalityöntekijän tavatessa hänet tai muuten toimiessaan hänen asioissaan alkuvuodesta 2016, ja että sosiaalityöntekijä oli dokumentoinut asiakkaan potilaskertomuksen SOS-näkymälle.

Kokosin aineistooni kuuluvat silmätautien yksikön asiakkaiden potilaskertomukset helmikuun 2016 lopussa ja vanhuspsykiatrian potilaskertomukset maaliskuun 2016 alkupuolella. Hain potilaskertomukset asiakkaiden henkilötunnusten avulla sairaalan sähköisestä potilastietojärjestelmästä sairaalan tiloissa. Luin potilaskertomuksista ainoastaan SOS-näkymät. Tutkin potilaskertomusten SOS-näkymään tehtyjä kirjauksia hakupäivästä takautuvasti siihen asti, kun asiakas oli täyttänyt 75 vuotta. Rajasin aineistosta pois tässä vaiheessa 14 kirjausta, jotka oli kirjoitettu jo useita vuosia aikaisemmin ja huomattavasti ennen kuin kyseiset asiakkaat olivat täyttäneet 75 vuotta, eivätkä näin ollen vastanneet aineistoni valikointikriteereitä.

En voinut viedä potilasasiakirjoja tulostettuna sairaalan ulkopuolelle, vaan keräsin jokaisesta potilaskertomuksesta tarvitsemani tiedot taulukkopohjalle (liite 1). Aineiston anonymisointi tapahtui jo tässä vaiheessa. Keräsin taulukkoon taustatiedoiksi asiakkaan sukupuolen ja iän aineiston kokoamishetkellä sekä sen, oliko kyseessä silmätautien vai vanhuspsykiatrian yksikön asiakas. Merkitsin itselleni tiedoksi myös sen, oliko asiakas tavannut sosiaalityöntekijän poliklinikkakäynnin vai osastohoidon yhteydessä. Näiden tietojen lisäksi keräsin taulukkoon tutkimuskysymykseni kannalta olennaiset tiedot eli kirjauksessa mainitut yhteistyötahot, yhteistyön syyt, sosiaalityön sisällöt tai tehtävät yhteistyössä sekä yhteistyötahojen vastuukysymyksiin liittyvät maininnat. Tein jokaisesta potilaskertomuksesta oman taulukkonsa.

Aineistoni koostuu 27 potilaskertomuksen SOS-näkymästä, joissa on yhteensä 73 kirjausta. Silmätautien yksiköstä potilaskertomuksia on 15, ja niissä on yhteensä 30 SOS-näkymälle tehtyä kirjausta. Vanhuspsykiatrian yksiköstä on 12 potilaskertomusta, joissa on kaikkiaan 43 SOS-näkymälle tehtyä kirjausta. Jokaisen potilaskertomuksen SOS-näkymälle on tehty vähintään yksi kirjaus, ja enimmillään kirjauksia on yhdessä potilaskertomuksessa 10. Yhden kirjauksen pituus vaihtelee yhdestä tai kahdesta rivistä noin yhden A4-arkillisen pituiseen tekstiin. Kirjaukset on tehty vuosien 2010–2016 välisenä aikana, pääosa vuosina 2015 ja 2016. Tutkimissani potilaskertomuksissa ei ollut muiden yksikköjen sosiaalityöntekijöiden kirjauksia.

Aineistoni asiakkaista naisia on kaksi kolmasosaa eli 18 ja miehiä on yksi kolmasosa eli 9. Asiakkaiden ikä vaihteli aineiston kokoamishetkellä 75–94 vuoden välillä. Heidän keski-ikänsä oli aineiston keruun hetkellä 82,6 vuotta.

4.2.2 Asiakirjat tutkimuksen kohteena

Asiakirjoihin tehdyt merkinnät eivät ole yleisluontoisia tekstejä sosiaalityöstä, vaan ne kiinnittyvät tietyn asiakkaan ainutlaatuihin tilanteeseen (Kääriäinen 2003, 57). Asiakirjojen avulla voi kuitenkin muodostaa käsityksen siitä, millaisten asioiden ja tilanteiden parissa sosiaalityöntekijät toimivat. Asiakirjat esittävät yhdenlaisen kuvan todellisuudesta, ja tekstien kirjoittaja on laatinut ne omasta näkökulmastaan jonkin palvelun sisällä (Kuusisto-Niemi ym. 2011, 269). Asiakirjatekstien ei siis voida katsoa kertovan jostain niin sanottua ”oikeaa totuutta” tilanteesta, vaan ne kuvaavat kirjoittajan tekemiä valintoja. Yksittäisellä kirjoittajalla on mahdollisuus ja valta tehdä päätöksiä siitä, mitä ja kenen näkökulmasta hän tilanteesta asiakirjoissa kertoo, ja mitkä asiat jättää kirjoittamatta. (Kääriäinen 2003, 151–152.)

Kääriäinen (2003, 131–132) on hahmotellut tekijöitä, jotka vaikuttavat siihen, mitä ja miten sosiaalityön asiakirjoihin kirjoitetaan. Näitä ovat kirjoittamistilanteeseen, institutionaalisiin käytäntöihin sekä laajempaan sosiokulttuuriseen kontekstiin liittyvät tekijät. Kirjoittamistilanteeseen liittyviä tekijöitä ovat esimerkiksi konkreettinen ympäristö, jossa kirjoittaminen tapahtuu, asiakassuhde, kirjoittamisvälineet, kirjoittajan kielelliset valmiudet ja mielentila sekä kiire tai kiireettömyys. Institutionaalisiin käytäntöihin liittyvät muun muassa asiakirjoja koskeva lainsäädäntö, dokumentointiohjeet, työkulttuurin sisäiset kirjoittamistavat sekä ammatilliset käytännöt. Sosiokulttuuriseen kontekstiin kuuluvat esimerkiksi yhteiskunnassa vallitsevat yleiset arvot, julkisen talouden tilanne sekä ajankohtaiset keskustelut. Myös tieto asiakkaan oikeudesta lukea hänestä kirjoitettuja tekstejä voi vaikuttaa siihen, mitä asiakirjoihin kirjoitetaan (Kuusisto-Niemi ym. 2011, 269.) Terveystieteiden tutkimuksen asiakas- ja potilaskäsitteiden oikeudesta tarkastaa heistä kirjoitettujen potilaskertomusten sisältö säädetään laeilla (Henkilötietolaki 1999, 26–28 §; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 5 §).

Terveystieteiden tutkimuksen kontekstissa dokumentointi on tärkeä keino tietojen jakamiseen, ja siksi asiakirjojen tulee olla ajan tasalla. Terveystieteiden tutkimuksen työntekijöiden, myös sosiaalityöntekijöiden, on tehtävä kirjaukset potilastietojärjestelmään mahdollisimman pian, viimeistään viiden vuorokauden sisällä tapaamisesta tai muusta asiakkaan asioissa toimimisesta (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 8 §). Asiakirjoihin kirjoittamista säädellään aikarajojen lisäksi myös tekstin sisällön osalta. Organisaatioiden omien dokumentointikäytäntöjen lisäksi on laadittu kansallisia ohjeistuksia. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut terveystieteiden tutkimuksen rakenteisen kirjaamisen oppaan (Virkkunen ym. 2015), jonka avulla pyritään yhdenmukaistamaan terveystieteiden tutkimuksen henkilöstön tekemiä kirjauksia. Lisäksi Terveystieteiden tutkimuksen sosiaalityöntekijät ry on julkaissut omat ohjeensa terveystieteiden tutkimuksessa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden dokumentointiin (Terveystieteiden tutkimuksen palvelujen dokumentointi. Ohje rakenteiseen kirjaamiseen sähköisissä potilastietojärjestelmissä 2014). Myös sähköisen tietojärjestelmän toimintalogiikka vaikuttaa siihen, mitä ja miten on mahdollista dokumentoida (Kuusisto-Niemi ym. 2011, 269).

Kirjoittamisen lisäksi asiakirjoja myös luetaan. Tekstit eivät esiinny irrallisessa tilassa, vaan ne on kirjoitettu omassa ainutlaatuisessa kontekstissaan joltain erityistä tarkoitusta ja usein myös tiettyjä lukijoita varten. Tekstit onkin tarkoitettu toisten ihmisten luettaviksi, tulkittaviksi ja ymmärrettäviksi. Erilaiset lukijat voivat kuitenkin tulkita niitä monin tavoin, erilaisista kehyksistä käsin. (Krippendorff 2013, 28–29, 36.) Sosiaalityön tiedonmuodostusprosessissa toiminta vaikuttaa siihen, mitä asiakirjoihin kirjoitetaan, ja aikaisemmin kirjoitetusta tekstistä tehdyt tulkinnat puolestaan vaikuttavat työntekijän ajatteluun

ja sitä kautta tämän toimintaan asiakkaan nykyisessä tilanteessa. Erityisesti työntekijöiden vaihtuessa asiakirjoihin kirjoitetuilla teksteillä on suuri merkitys uuden työntekijän työskentelyn kannalta. (Kääriäinen 2003, 150–151).

Kerran kirjoitetut asiakirjat eivät lakkaa olemasta asiakkuuden mahdollisesti päättyessäkään, vaan ne jäävät merkeiksi tehdyistä työstä (Kääriäinen 2003, 5). Terveystieteiden keskeiset potilasasiakirjat, kuten potilaan perustietoja ja keskeisiä hoitotietoja sisältävät asiakirjat, eri ammattilaisten palvelutapahtuman aikana tekemät yhteenvedot sekä hoidon suunnitteluun, toteutukseen, seurantaan ja arviointiin liittyvistä merkinnöistä muodostetut asiakirjat, tulee säilyttää, kunnes asiakkaan kuolemasta on 12 vuotta, tai jos tämän kuolinajasta ei ole tietoa, 120 vuotta tämän syntymän jälkeen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, liite.)

Aineistoni tekstit kirjoitettu erikoissairaanhoidon kontekstissa, ja niitä kirjoittaneet sosiaalityöntekijät ovat tarkoittaneet ne itsensä lisäksi muille asiakkaan kanssa tekemisissä oleville erikoissairaanhoidon tahoille sekä asiakkaalle itselleen. Tekstien sisältöön ja rakenteeseen ovat vaikuttaneet terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen säännöt ja varmasti myös tietoisuus siitä, että asiakkailla on oikeus ja mahdollisuus päästä lukemaan heistä kirjoitettuja tekstejä. Aineiston analyysin aikana onkin ollut mielenkiintoista ja tarpeellista pohtia asiakirjojen sisällön lisäksi sitä, mitä niihin on jätetty kirjoittamatta ja miksi.

4.3 Aineiston analyysi sisällönanalyysin ja kvantifioinnin avulla

Olen toteuttanut tutkimukseni analyysiosuuden laadullisen sisällönanalyysin keinoin. Krippendorffin (2013, 24, 46) mukaan sisällönanalyysi on metodi, jonka avulla tutkija voi tehdä toistettavia ja perusteltuja päätelmiä teksteistä ja muusta materiaalista. Sen avulla voi käsitellä myös strukturoimatonta aineistoa. Vaikka tutkimukseni on laadullinen, olen käyttänyt analyysissäni hyödynni kvantifiointia eli laskemista kuvatessani erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden kanssatoimijoita, yhteistyön syitä sekä sosiaalityön sisältöjä. Koen kvantifioinnin tuovan tutkimustuloksiini konkreettisuutta ja luotettavuutta, sillä pystyn perustelemaan tekemiäni tulkintoja ja johtopäätöksiä myös numeroilla pelkkien omien mielikuvieni sijaan. En kuitenkaan ole hyödyntänyt kvantifiointia tarkastellessani rajatyötä ja toimijoiden vastuita rajapinnoilla tehtävässä työssä, sillä en kokenut sen tuovan lisäarvoa tulosten esittelyyn.

Taulukointi, tyypittely ja tapausten laskeminen eivät tee tutkimuksesta kvantitatiivista, vaan ne ovat yksi tapa esitellä aineistoa (Alasuutari 2011, 193). Tuomi ja Sarajärvi (2009, 105–107) erottavat sisällönanalyysin ja sisällön erittelyn käsitteinä. Näistä edellisellä tarkoitetaan tutkittavan tekstin sisällön kuvaamista sanallisesti, ilman aineiston kvantifiointia. Sisällön erittelyllä puolestaan tarkoitetaan menetelmää, jossa tutkittavaa tekstiä kuvaillaan kvantitatiivisesti. Sisällönanalyysi voi kuitenkin käsitteenä sisältää myös sisällön erittelyn, eikä sisällönanalyysia ja sisällön erittelyä nähdä useinkaan tarpeellisena erottaa toisistaan. Tutkimukseni analyysimenetelmä on näin ollen sisällönanalyysi, johon on kuulunut myös sisällön erittelyä tutkimuksen luotettavuuden vahvistamiseksi.

Koska sain silmätautien yksikön potilaskertomukset käsiini ensin, aloitin niiden analyysillä. Luin aineiston ensin läpi kokonaan ja täytin tarvittavat tiedot potilaskertomuksista taulukoihin. Tämän jälkeen kävin karsitun aineiston uudelleen läpi. Aloitin aineiston analyysin paikantamalla potilaskertomuksista ne toimijat, joiden kanssa sosiaalityöntekijä teki yhteistyötä. Toimijoiden keräämisen jälkeen aloin etsiä aineistosta järjestelmällisesti yhteistyön sisältöjä ja syitä. Etsin näitä tekijöitä yhtä aikaa, sillä ne kietoutuivat tekstissä usein yhteen ja niiden välisiä suhteita oli näin helpompi havaita. Lopuksi etsin aineistosta vastuihin liittyviä mainintoja.

Etsiessäni aineistosta näitä tekijöitä käytin avukseni eri värikoodeja; merkitsin esimerkiksi potilaskertomuksessa esiintyvät sosiaalityöntekijän yhteistyökumppanit sinisellä ja yhteistyön syyt oranssilla värillä. Kävin aineiston näin läpi kaksi kertaa, jonka jälkeen kirjoitin listan aineistosta löytämistäni tekijöistä, esimerkiksi yhteistyökumppaneista, ja laskin, kuinka monessa potilaskertomuksessa kukin yhteistyökumppani esiintyi. Tämän jälkeen tein silmätautien yksikön potilaskertomusten pohjalta joitakin alustavia ryhmittelyjä sosiaalityön yhteistyökumppaneista, yhteistyön syistä, sosiaalityön sisällöistä ja toimijoiden vastuista sekä käsitteellistin niitä. (Sisällönanalyysistä tarkemmin, ks. Krippendorff 2013, 84–86.)

Olin ehtinyt käsitellä silmätautien yksikön potilaskertomukset edellä kertomaani tapaan, kun pääsin hakemaan vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomukset sähköisestä potilastietojärjestelmästä. Tutkimuskohteeni ja -kysymykseni olivat tarkentuneet hieman silmätautien yksikön potilaskertomuksia käsitellessäni, joten kävin silmätautien yksikön potilaskertomukset kokonaisuudessaan uudelleen läpi varmistukseni siitä, että olin saanut kerättyä taulukoihini talteen kaiken tutkimukseni kannalta tarpeellisen. Kerättyäni vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomukset analysoin niitä samalla tavoin kuin silmätautien yksikön aineiston aiemmin. Tämän jälkeen täydensin silmätautien yksikön aineiston perusteella tekemiäni alustavia luokitteluja vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomusten tuomilla tiedoilla.

Luin lopuksi aineistoni vielä kaksi kertaa läpi varmistaakseni, että en ollut jättänyt mitään tutkimuskysymykseni kannalta oleellista huomaamatta. Täsmensin tekemäni luokittelut siihen muotoon, jossa ne nyt ovat, ja varmistin, että tekemäni ryhmittelyt olivat paikkansapitäviä. Luokitteluprosessin aikana olen yhdistänyt samantapaisia tekijöitä yhteen ja nimennyt ne osuvalla käsitteellä. Yhdistin esimerkiksi sosiaalityöntekijän yhteistyökumppaneina aineistossa esiintyneet kunnan sairaalan sosiaalityöntekijät sekä kunnan terveystieteiden keskuksen sosiaalityöntekijät ”kunnan jatkohoitopaikan sosiaalityöntekijä” -otsikon alle.

Olen ryhmitellyt erikoissairaanhoidon sosiaalityön yhteistyökumppanit viideksi luokaksi, jotka ovat asiakas, tämän lähiverkosto, kunnalliset sosiaali- ja terveystieteiden palveluiden toimijat, muut erikoissairaanhoidon työntekijät sekä muut toimijat. Yhteistyön syyt jakautuvat neljään luokkaan, jotka ovat asiakkaan heikentynyt toimintakyky, etuuksien, palveluiden tai apuvälineiden tarve, asiakkaan asuminen ja jatkohoitotoimet sekä kotona pärjäämisen arviointi. Sosiaalityön sisällöt yhteistyössä olen luokitellut etuuksiin, palveluihin ja apuvälineisiin sekä taloudellisiin asioihin liittyväksi ohjaukseksi, neuvonnaksi ja avustamiseksi, asiakkaan tilanteen kartoittamiseksi ja arvioinniksi, asumisen tukemiseen ja jatkohoitotoimiin liittyväksi selvittelyksi sekä koordinoinniksi eri tahojen välillä. Lisäksi olen löytänyt aineistostani sosiaalityöntekijän, asiakkaan, lähiverkoston ja muiden toimijoiden vastuita. Käsittelen vastuiden ohessa myös aineistossani ilmenevää rajatyötä.

Aineiston luokittelu osoittautui lopulta odottamaani helpommaksi. Uskon, että työkokemukseni auttoi minua jonkin verran aineiston hahmottamisessa. Analysoin aineistoa järjestelmällisesti, potilaskertomus potilaskertomukselta, ja tein analyysin aikana runsaasti muistiinpanoja. Kirjoitin jo analyysivaiheessa muistiin joitakin johtopäätöksiä aineistosta, vaikka lopullisen pohdintaluvun kirjoitin vasta analyysiprosessin päätyttyä.

Käytän analyysin tuloksia esittäessäni hyödykseni kvantifioinnin lisäksi jonkin verran aineistokatkelmia. Pyrin niiden avulla antamaan lukijalle tuntuman siitä, millainen aineistoni on ja millaisesta tekstistä olen tehnyt johtopäätöksiäni. Olen häivyttänyt aineistokatkelmissa sulkumerkkien sisään aineistostani anonymisoimiani asioita, kuten paikkojen tai ihmisten nimet sekä asiakkaan läheisten tarkat sukulaissuhteet, kuten sen, onko asiakkaan lapsi tytär vai poika. Hakasulkeiden sisään olen sijoittanut omia merkintöjäni, joiden avulla olen selittänyt joitakin potilaskertomuksissa käytettyjä lyhenteitä. Lisäksi käytän katkelmissa kolmea yhdysviivaa osoittamaan sitä, että sitaattista on poistettu tekstiä.

4.4 Tutkimuksen etiikasta ja luotettavuudesta

Asiakirjojen tutkimiseen liittyy eettistä harkintaa vaativia asioita samalla tavoin kuin vaikkapa haastattelututkimuksiinkin. Tutkimani potilaskertomukset sisältävät asiakkaiden henkilötietojen lisäksi tietoja heidän sairauksistaan, terveydentilastaan ja toimintakyvystään sekä heidän saamistaan palveluista. Potilaskertomuksissa on myös nimetty heidän perheenjäseniään ja muita läheisiä. Käsittelemässäni materiaalissa on käsitelty paitsi hyvin henkilökohtaisia, myös arkaluonteisia asioita. Henkilötietolaissa (1999, 11 §) arkaluonteisiksi tiedoiksi määritellään muun muassa henkilön terveydentila, sairaus tai vammaisuus, häneen kohdistetut hoitotoimenpiteet sekä hänen saamansa sosiaalihuollon palvelut, tukitoimet ja etuudet. Lisäksi tutkimusetiikkaa käsittelevässä kirjallisuudessa ikääntyneet ihmiset, tutkimieni potilaskertomusten päähenkilöt, on nostettu yhdeksi erityisen haavoittuvaiseksi tutkittavien ryhmäksi (Nikander & Zechner 2006). Olen saanut tutkimustani varten tutkimusluvan sairaanhoitopiiriltä, jossa aineistoni keruupaikkana toiminut sairaala sijaitsee. Tutkimusluvan saaminen on mielestäni osoitus siitä, että tutkimusasetelmani on tulkittu eettisesti kestäväksi.

Olen koko tutkimusprosessin aikana pyrkinyt kiinnittämään huomiota siihen, miten ja millaisena kuvaan tutkimuksessa esiintyvät ihmiset. Tehdessäni tulkintoja aineistosta olen pyrkinyt herkkyyteen, kuitenkin ylitulkintoja välttäen. Olen tietoinen siitä, että omat ennakko-odotukseni esimerkiksi vanhuudesta elämänvaiheena vaikuttavat siihen, miten kuvaan sitä ilmiönä. Koska minulla on tutkijana mahdollisuus määritellä tutkimuksessani esiintyviä ihmisryhmiä, on minulla myös jonkinlainen valta-asema. (Ks. Nikander & Zechner 2006, 521–523.) Oman aseman analysoiminen voi olla vaikeaa, mutta olen pyrkinyt kirjoittamaan tutkielmani aineistossa esiintyviä henkilöitä kunnioittaen. Olen aineistoa analysoidessani toiminut sosiaalityöntekijänä kunnan gerontologisen sosiaalityön palveluissa, ja työskennellyt siis osin samanlaisen asiakaskunnan kanssa kuin mitä aineistossani esiintyy. On mahdollista, että työnkuvani on vaikuttanut aineistosta luomiini kategorioihin ja yleensäkin niihin asioihin, joita olen nostanut esiin aineistosta. Toisaalta koen tämän samanaikaisen tutkijan ja sosiaalityöntekijän roolin helpottaneen aineiston sisäistämistä ja havaintojen tekemistä aineistosta.

Eettisesti toteutettuun tutkimukseen kuuluu siinä esiintyvien henkilöiden anonymiteetin turvaaminen. Rauhala ja Virokannas (2011, 239) muistuttavat huolehtimaan, että asiakkaan ja työntekijän lisäksi myös niin sanottuja kolmansia osapuolia, kuten asiakkaan läheisiä, kohdellaan tutkimuseettisesti oikein. Olen häivyttänyt aineistoa kerätessäni ja käsitellessäni teksteistä tiedot, jotka voivat viitata asiakkaiden tai

muiden kirjauksissa esiintyvien henkilöiden, kuten läheisten tai työntekijöiden, henkilöllisyyteen. Olen kiinnittänyt erityistä huomiota tämän raportin aineisto-otteisiin, jotta niissä esiintyvä asiakas ja muut henkilöt pysyisivät tunnistamattomina. Olen poistanut aineistosta henkilöiden, paikkojen ja yritysten nimet sekä päivämäärät ja muut seikat, joista potilaat olisivat tunnistettavissa, kuten heille tehdyt operaatiot ja tarkat diagnoosit. Analyysia tehdessäni käytin aineisto-otteissa tunnisteina asiakkaan sukupuolta ja ikää aineiston keruun hetkellä, mutta olen poistanut ne valmiista analyysistä, sillä en koe niiden tuovan varsinaista lisäarvoa työlleni. Sen sijaan ne voivat helpottaa asiakkaiden tunnistamista. Sen sijaan olen jättänyt potilaskertomuksissa esiintyvät ammattinimikkeet näkyviin, sillä asiakkaan asioissa mukana olevat ammattiryhmät ovat oleellinen osa tutkimustani. Olen kuitenkin yhdenmukaistanut ja pelkistänyt eri ammattinimikkeitä jonkin verran, jotta jollekin kunnalle ominainen nimitys, jota muualla ei juurikaan käytetä, ei paljastaisi asiakkaan asuinkuntaa.

Hain aineistooni kuuluvat potilaskertomukset sairaalan sähköisestä potilastietojärjestelmästä sairaalan tiloissa sairaalan omalla tietokoneella. Tallensin karsitun ja anonymisoidun aineiston kahdelle mukani tuomalle muistitikulle. Suojasin aineistotiedostot salasanalla, joten kenenkään muun kuin minun ei ole ollut mahdollista avata niitä. Kun tutkimukseni on tarkastettu ja hyväksytty, poistan aineistoni muistitikuilta pysyvästi. Tuhoan silppurin avulla aineistosta kirjoittamani muistiinpanot, vaikka niissä ei esiinnykään asioita, joiden avulla aineistossani esiintyvät henkilöt olisivat tunnistettavissa.

Olen lukenut potilaskertomuksista ainoastaan SOS-näkymät, mikä suojelee potilasasiakirjoissa esiintyvien henkilöiden anonymiteettiä. Pohdin aluksi, menetätkö tärkeitä tietoja asiakkaan tilanteesta, kun jätän muiden erityisalalehtien sisällöt lukematta. Tarkoitukseni on kuitenkin ollut tutkia rajapinnoilla tehtävää työtä nimenomaan erikoissairaanhoidon sosiaalityön näkökulmasta, joten olen päätenyt siihen, etten näin menetellessäni menetä mitään oman tutkimusaiheeni kannalta oleellista.

Tutkimukseni kohdistuu rajapinnoilla tehtävään työhön sellaisena kuin sen sosiaalityöntekijöiden tekemistä kirjauksista voi lukea. Tiedän oman työkokemukseni perusteella, että kaikkea tapahtunutta ei tallenneta potilaskertomuksen teksteihin. Sosiaalityöntekijä voi esimerkiksi keskustella ensin asiakkaan kanssa jostakin asiasta ja olla sen jälkeen saman aiheen tiimoilta yhteydessä vielä asiakkaan läheiseen, ja silti kirjoittaa potilasjärjestelmään ainoastaan läheisen kanssa käydyn keskustelun lopputuloksen. Jotkin asiakkaan tilanteen kannalta oleelliset asiat saatetaan jättää hienotunteisuussyistä kirjoittamatta, ja tieto niistä kantautuu muille työntekijöille kasvokkaisissa tapaamisissa potilasjärjestelmän sijaan. Kuu-

sisto-Niemi ja kumppanit (2011, 264) nostavat asiakirjojen tutkimuksen haasteiksi myös kirjausten laajuuden tai rajallisuuden sekä työntekijöiden kirjallisen taitavuuden. Potilaskertomusten kautta ei siis saa täydellistä kuvaa siitä, mitä todellisuudessa on tapahtunut. Toisaalta uskon, että aivan täydellisen kuvan saaminen rajapinnoilla tehtävästä työstä ilmiönä on mahdotonta, oli aineistona mikä tahansa. Esimerkiksi haastattelujen avulla tehtävä tutkimus nojaisi haastateltavien sen hetkisiin havaintoihin ja muistikuihin.

Tekemäni tutkimus on laadullinen tutkimus, jonka aineisto on melko pieni. Siksi tutkimukseni tuloksia ei voi yleistää koskemaan kaikkia 75 vuotta täyttäneitä erikoissairaanhoidon asiakkaita ja heidän asioissaan tehtävää rajapinnat ylittävää työtä. Yleistettävyyden sijaan toivon tutkimukseni tarjoavan erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöille ja muille asiasta kiinnostuneille mahdollisuuden tarkastella 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden asioissa tehtyä rajapintatyötä eräässä suomalaisessa sairaalassa yhden satunnaisen ajanjakson aikana.

5 TYÖ ERIKOISSAIRAANHOIDON SOSIAALITYÖN RAJAPINNOILLA

5.1 Erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden yhteistyökumppanit

Olen määritellyt aineistossani yhteistyöksi tilanteet, joissa sosiaalityöntekijä ottaa yhteyttä toiseen toimijaan tai toinen toimija ottaa yhteyttä häneen asiakkaan asioissa. Tilanteet, joissa sosiaalityöntekijä ohjaa asiakkaan tai tämän läheisen ottamaan asiakkaan asioissa yhteyttä johonkin toiseen toimijaan, kuten kuntoutusohjaajaan tai terveyskeskuslääkäriin, olen määritellyt analyysissäni yhteistyön sijaan rajatyöksi (ks. Gieryn 1983). Näissä tilanteissa sosiaalityöntekijä näkemykseni määrittelee oman asiantuntijuutensa osa-alueita ja rajoja varsinaisen yhteistyön rakentamisen sijaan. Aineistossani yhteistyötä tehdään kahdenkeskisissä kasvokkaisissa tapaamisissa, verkostoneuvotteluissa, puhelimitse, sähköisen potilasjärjestelmän kautta ja kirjeitse. Erikoissairaanhoidon sosiaalityön paikaksi aineistossa määrittyy pääosin sairaala ja sen eri tilat: poliklinikat ja osastot, mutta kahdessa vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksessa sosiaalityöntekijä myös tekee kotikäynnin asiakkaan kotiin. Erikoissairaanhoidon sosiaalityö voi siis olla myös liikkuvaa, asiakkaiden kotiin tulevaa.

Olen luokitellut aineistoni erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden yhteistyökumppanit viiteen kategoriaan, jotka ovat asiakas, asiakkaan lähiverkosto, kunnalliset sosiaali- ja terveystalouden toimijat, muut erikoissairaanhoidon työntekijät sekä muut toimijat. Olen koonnut taulukkoon 2 aineistossani esiintyvät erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden yhteistyökumppanit. Vertailen aineistoa potilaskertomuksittain, eli yksi toimija on merkitty taulukkoon vain kerran potilaskertomusta kohden, vaikka se olisi mainittu potilaskertomuksessa useassa kirjauksessa. Taulukkoon koottujen tahojen lisäksi aineiston yksittäisissä kertomuksissa sosiaalityöntekijän yhteistyökumppaneina toimii myös sairaalan toisen poliklinikan työntekijä, Liikenteen turvallisuusvirasto Trafi, muuttopalveluyritys, varastoyritys, asiakkaan vuokranantaja, ulosotto sekä palvelutaloyrityksen työntekijä.

Lukumäärällisesti yleisin sosiaalityöntekijän kanssatoimija on *asiakas* itse yksin tai yhdessä muiden toimijoiden kanssa (n=23). Vain neljässä potilaskertomuksessa asiakasta ei ole erikseen mainittu yhteistyökumppaniksi. Yhdessä näistä tapauksista asiakkaan läheinen on yhteydessä sosiaalityöntekijään asiakkaan puolesta, toisessa sosiaalityöntekijä ottaa yhteyttä asiakkaan läheiseen asiakkaan taloudellisten asi-

oiden selvittelyä varten, ja kahdessa muussa tapauksessa sosiaalityöntekijä selvittelee asiakkaan jatko-
hoitoon liittyviä asioita. Vaikka sosiaalityöntekijä ei ole kirjannut potilaskertomukseen keskustelleensa
myös asiakkaan kanssa, se ei kuitenkaan tarkoita, etteikö hän olisi tehnyt niin.

TAULUKKO 2. SOSIAALITYÖNTEKIJÄN YHTEISTYÖKUMPPANIT

Sosiaalityöntekijän yhteistyökumppanit	Silmätaudit n=15	Vanhuspsyki- atria n=12	Yhteensä n=27
Vain asiakas, ei muita toimijoita mainittu	1	-	1
Asiakas, lisäksi muita toimijoita:	13	9	22
Lähiverkosto	8	6	14
Asiakkaan puoliso tai entinen puoliso	2	-	2
Asiakkaan lapsi tai lapsen puoliso	3	5	8
Asiakkaan muu sukulainen tai ystävä	4	1	5
Kunnalliset sosiaali- ja terveyspalveluiden toimijat	8	8	16
Kunnan kotihoito tai kotiutustiimi	5	1	6
Kunnan vammaispalveluiden sosiaalityöntekijä	3	-	3
Kunnan asumispalvelupaikka-asioita selvittävä työn- tekijä	-	5	5
Kunnan jatkohoitopaikan sosiaalityöntekijä	-	3	3
Kunnan gerontologinen sosiaalityöntekijä tai palve- luohjaaja	-	2	2
Kunnan asiakasmaksutoimisto	1	-	1
Muut erikoissairaanhoidon työntekijät	12	8	20
Lääkäri	11	4	15
Muu osaston tai poliklinikan henkilökunnan jäsen tai moniammatillinen työryhmä	5	5	10
Sairaalan potilasmaksutoimisto	1	1	2
Muut toimijat	1	8	9
Kela	1	5	6
Laskuttajat tai perintätoimisto	-	4	4
Maistraatti	-	4	4
Asiakasta ei mainita yhteistyökumppanina	1	3	4

Asiakkaan jälkeen sosiaalityöntekijän yleisin yhteistyökumppani on *toinen erikoissairaanhoidon työntekijä* (n=20). Varsinkin silmätautien yksikön potilaskertomuksissa korostuu lääkärin kanssa tehtävä yhteistyö, jonka taustalla on usein lääkärinlausuntopyyntö palvelun tai etuuden hakemiseksi asiakkaalle. Vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksissa lääkäri mainitaan yhteistyökumppaniksi esimerkiksi edunvalvojan hakemiseen liittyvissä asioissa, mutta lääkärin asema yhteistyökumppanina ei ole yhtä korostunut verrattuna muihin henkilökunnan jäseniin tai moniammatilliseen työryhmään kuin silmätautien yksikön aineistossa. Taulukossa otsikon ”muu osaston tai poliklinikan henkilökunnan jäsen tai moniammatillinen työryhmä” alla olevia henkilökunnan jäseniä ovat esimerkiksi kuntoutusohjaaja (n=2), asiakkaan omahoitaja (n=2) sekä fysioterapeutti (n=1).

Aineistossani kunnalliset sosiaali- ja terveystalveluiden toimijat (n=16) sekä asiakkaan lähiverkosto (n=14) mainitaan yhteistyökumppaneina lähes yhtä usein, mikä tukee oletusta siitä, että lähiverkosto tuottaa merkittävän määrän hoivaa ja apua ikääntyneille ihmisille. *Asiakkaan lähiverkostosta* yhteistyötä tehdään erityisesti tämän lasten ja lasten puolisoiden sekä muiden sukulaisten tai ystävien kanssa. Asiakkaan nykyinen tai entinen puoliso mainitaan yhteistyökumppaniksi vain muutamassa aineistoni potilaskertomuksessa. Tämä voi johtua puolison omasta iästä ja jaksamisesta tai asiakkaan perheen yhteisestä sopimuksesta, jonka mukaan vaikkapa aikuinen lapsi hoitaa asioita vanhempiansa puolesta. Lisäksi osa asiakkaista on leskiä, naimattomia tai eronneita.

Kunnallisten sosiaali- ja terveystalveluiden toimijoiden kohdalla on havaittavissa joitakin eroja silmätautien ja vanhuspsykiatrian yksikön välillä. Silmätautien yksikön sosiaalityöntekijä tekee kunnallisista toimijoista eniten yhteistyötä kotihoidon sekä kotiutustiimin (n=5) kanssa, kun taas vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksissa sosiaalityöntekijä tekee yhteistyötä kotihoidon kanssa vain yhdessä tapauksessa. Sen sijaan vanhuspsykiatrian yksikön aineistossa on näkyvillä melko paljon yhteistyötä kunnan asumistalvelupaikka-asioita selvittävien työntekijöiden (n=5) sekä kunnallisten jatkohoitopaikkojen eli kunnan sairaaloiden tai terveystalveluiden vuodeosastojen sosiaalityöntekijöiden (n=3) kanssa. Tällaisia jatkohoitoon ja asumistalveluihin liittyviä yhteistyökumppaneita ei esiinny lainkaan aineistooni kuuluvissa silmätautien yksikön potilaskertomuksissa. Todennäköinen syy tälle on se, että aineistoni silmätautien yksikön asiakkaista suurin osa on poliklinikka-asiakkaita, jotka asuvat kotonaan. Tällöin ilmeinen yhteistyökumppani ikääntyneen asiakkaan avun ja tuen tarpeissa on kunnan kotihoito. Vanhuspsykiatrian

asiakkaista taas kaikki ovat vuodeosastohoidossa, ja monien kohdalla itsenäisen kotona asumisen edellytykset arvioidaan hoitajakson aikana heikoiksi, jolloin heillä on tarve kunnan järjestämälle jatkohoidolle ja asumispalveluille.

Kunnan sosiaalitoimen merkitys aineistossani on yllättävän vähäinen. Kunnan vammaispalvelut esiintyvät yhteistyökumppanina kolmessa silmätautien yksikön potilaskertomuksessa ja kunnan gerontologinen sosiaalityö sekä palveluohjaus kahdessa vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksessa. Toisaalta niissä potilaskertomuksissa, joissa gerontologinen sosiaalityö on läsnä, on yhteistyö hyvin tiivistä ja asiakkaan asioiden setviminen kestää melko pitkään, useiden kirjausten ajan. Aineistoni kertonee ensinnäkin siitä, että gerontologinen sosiaalityö ja palveluohjaus eivät vielä ole kovin yleisiä, jokaisesta kunnasta löytyviä toimijoita. Lisäksi gerontologinen sosiaalityö vaikuttaa aktivoituvan erityisen hankalissa tilanteissa, joissa asumisen ongelmat ovat erityisen vaikeita, eikä esimerkiksi asiakkaan lähiverkostosta löydy apua asiakkaan asioita hoitamaan. Toimeentulotukea käsitteleviä työntekijöitä tai aikuissosiaalityöntekijöitä ei mainita aineistossani kertaakaan.

Olen kategorisoinut muut kuin asiakkaan lähiverkostoon tai kunnallisiin sosiaali- ja terveyspalveluiden toimijoihin kuuluvat yhteistyökumppanit otsakkeen *muut toimijat* alle. Näistä tärkeimmät ovat Kela (n=6), asiakkaan laskuttajat tai perintätoimisto (n=4) sekä maistraatti (n=4). Silmätautien yksikössä yhteistyö muiden toimijoiden kanssa on vähäistä, ainoastaan yhteen potilaskertomukseen sijoittuvaa. Sen sijaan vanhuspsykiatrian aineistossa muut toimijat ovat melko yleinen sosiaalityön yhteistyökumppani. Sosiaalityöntekijä on Kelaan yhteydessä asiakkaan etuuksiin liittyvissä asioissa, tekee edunvalvonta-asioihin liittyvää yhteistyötä maistraatin kanssa ja on yhteydessä asiakasta laskuttaviin tahoihin tämän taloudellisten asioiden setvimiseksi. Kolmannen sektorin toimijoita sen sijaan ei juuri aineistostani löydy. Järjestöt eivät esiinny aineistossani lainkaan yhteistyökumppaneina, ja sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavat yrityksetkin nousevat esiin vain yhdessä potilaskertomuksessa palvelutaloyrityksen muodossa.

Aineistossa esiintyy paljon monimuotoista yhteistyötä erikoissairaanhoidon sosiaalityön ja eri toimijoiden välillä. Yhteistyön runsaudesta kertoo se, että aineistoni 27 potilaskertomuksessa ainoastaan kolmessa sosiaalityöntekijällä on vain yksi yhteistyökumppani, joko asiakas itse (n=2) tai tämän läheinen (n=1). Yhteistyökumppaneiden määrä vaihtelee aineistoni sisällä suuresti, sillä enimmillään sosiaalityöntekijällä on yhdessä potilaskertomuksessa asiakkaan asioihin liittyen 12 yhteistyökumppania. Yhdessä potilaskertomuksessa voi siis esiintyä lukuisia toimijoita, ja sosiaalityöntekijä voi tehdä yhteistyötä hei-

dän kanssa eri syistä. Olen eritellyt sosiaalityöntekijän yhteistyökumppaneiden määrän potilaskertomuksissa alla olevassa taulukossa 3. Mikäli potilaskertomuksessa on mainittu sairaalan moniammatillinen työryhmä erittelemättä siihen kuuluvia henkilöitä, olen laskenut koko työryhmän yhdeksi yksittäiseksi toimijaksi.

TAULUKKO 3. SOSIAALITYÖNTEKIJÄN YHTEISTYÖKUMPPANIEEN MÄÄRÄ

Yhteistyökumppanien lukumäärä	Silmätaudit n=15	Vanhuspsykiatria n=12	Yhteensä n=27
1	2	1	3
2	1	2	3
3	6	3	9
4	3	-	3
5	1	2	3
6	1	1	2
7	-	2	2
8	1	-	1
12	-	1	1

Aineistossa on paljon hajontaa yhteistyökumppaneiden lukumäärän suhteen. Silmätautien yksikön potilaskertomuksissa yhteistyökumppaneita on keskimäärin 3,5, vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksissa 4,7 ja koko aineistossa yhteensä noin 4. Vanhuspsykiatrian yksikössä sosiaalityöntekijällä on siis hieman enemmän yhteistyökumppaneita asiakkaiden asioissa kuin silmätautien yksikössä. Kuitenkin myös silmätautien yksikössä on asiakkaita, joiden asiat vaativat monenlaista selvittelyä useiden eri yhteistyökumppaneiden kanssa.

5.2 Rajapintatyön syyt

Asiakas ohjautuu aineistossani ensimmäisellä kerralla sosiaalityöntekijän luokse omasta, hoitohenkilökunnan tai läheisen aloitteesta. Silmätautien yksikön aineistossa sosiaalityöntekijä tapaa monet asiakkaista osaston henkilökunnan aloitteesta: vuodeosaston henkilökunta pyytää tapaamaan asiakkaan (n=3) tai silmätautien poliklinikalta on tehty asiakkaalle lähete sosiaalityöntekijän vastaanotolle (n=3). Lisäksi yhdessä kertomuksessa sairaalan toisen yksikön työntekijä ottaa yhteyttä sosiaalityöntekijään yhteisen asiakkaan asioiden eteenpäin viemistä varten. Niin ikään yhdessä kertomuksessa kontakti asiakkaaseen syntyy asiakkaan ottaessa yhteyttä sosiaalityöntekijään, ja yhdessä tapauksessa asiakkaan ystävä ottaa yhteyttä sosiaalityöntekijään. Lopuissa silmätautien yksikön potilaskertomuksissa (n=6) ei ole erikseen mainittu, kenen pyynnöstä sosiaalityöntekijä asiakkaan tapaa. Muutamassa vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksissa asiakas ohjautuu sosiaalityöntekijän luokse omasta aloitteestaan (n=2), ja yksittäisissä kertomuksissa sosiaalityöntekijä selvittää asiakkaan asioita osastonlääkärin tai kunnan sosiaalityöntekijän pyynnöstä. Suuressa osassa kertomuksista ei ole mainittu, kenen aloitteesta sosiaalityöntekijä tapaa asiakasta ensimmäisen kerran tai on yhteydessä muihin toimijoihin tämän asioissa. Tämä johtunee vanhuspsykiatrian yksikön sosiaalityöntekijöiden erilaisesta dokumentointikulttuurista.

Olen jakanut aineistossani esiintyvät asiakkaan asioissa tehtävän yhteistyön syyt neljän eri otsikon alle. Nämä ovat asiakkaan heikentynyt toimintakyky, etuuksien, palveluiden tai apuvälineiden tarve, asiakkaan asuminen ja jatkoahoito sekä kotona pärjäämisen arviointi. Olen eritellyt seuraavalla sivulla olevassa taulukossa 4 sitä, kuinka usein nämä yhteistyön syyt esiintyvät aineistossani.

Asiakkaan heikentynyt toimintakyky on sekä aineistossa kokonaisuudessaan (n=25) että kummassakin tutkimassani yksikössä yksittäin yleisin yhteistyön syy. Olen luokitellut heikentyneen toimintakyvyn otsikon alle aistirajoitteisiin, liikuntakykyyn, muistiongelmiiin sekä asiakkaan taloudelliseen toimintakykyyn liittyvät vaikeudet. Toimintakyvyn heikentyminen voi johtua yhdestä tai useammasta edellä mainitusta tekijästä, ja useat toimintakykyä heikentävät tekijät voivat kietoutua yhteen. Esimerkiksi liikkumisvaikeudet johtuvat aineistossani useimmiten asiakkaan sairaudesta, joka vaikuttaa tämän näkökykyyn tai tasapainoon. Lisäksi huonot liikenneyhteydet saattavat aineistoni perusteella olla liikkumisvaikeuksien osatekijä. Seuraavassa katkelmassa asiakkaan toimintakyky on alentunut sekä muistiongelmien että muistitilanteen vuoksi heikentyneen taloudellisen toimintakyvyn vuoksi, ja sosiaalityöntekijä ottaa yhteyttä asiakkaan asioita kotikunnassa hoitaneeseen työntekijään tilanteen ratkaisemiseksi.

”Ak [=allekirjoittanut] tavannut potilaan osastolla, missä keskusteltu potilaan raha-asioiden hoidosta ja miten saadaan potilaan sairaalalasku (sairaalalaskun suuruus, €) asianmukaisesti maksettua. Potilaan muistisairaus on kuitenkin siinä määrin vaikea, ettei hän osaa kertoa muuta kuin tilin olevan (toimintansa lopettaneen pankin nimi); ja tiettävästi potilaalla ei ole asioidenhoitajana toimivia omaisia. Ak oli asiasta yhteydessä (kunnan nimi) palveluohjaaja (nimi) --- ”

TAULUKKO 4. YHTEISTYÖN SYYT

Yhteistyön syyt	Silmätaudit n=15	Vanhuspsyki- atria n=12	Yhteensä n=27
Asiakkaan heikentynyt toimintakyky	15	10	25
Heikentyneet aistit tai aistivamma	13	-	13
Liikkumisen hankaluudet	6	1	7
Muistiongelmät	3	3	6
Heikentynyt taloudellinen toimintakyky	-	9	9
- Asiakkaan vaikeudet raha-asioden hoidossa	-	7	7
- Edunvalvonnan tarve	-	4	4
Etuuksien, palveluiden tai apuvälineiden tarve	11	6	17
Asiakkaalla on palveluiden (muiden kuin kotihoidon), etuuksien ja/tai apuvälineen tarve	11	6	15
- Asiakas on saanut kielteisen päätöksen palvelusta tai etuudesta	1	1	2
Asiakkaan ajanvaraus	2	-	2
Asuminen ja jatkohoito	5	11	16
Asiakas asuu yksin, tarvitsee lisää apua kotiin	5	3	8
Tarve tuetummalle asumismuodolle	-	6	6
Siirtyminen jatkohoitopaikkaan	-	2	2
Asunnottomuus	-	1	1
Kotona pärjäämisen arviointi	4	2	6
Kotiutumisen suunnittelu	3	2	5
Ongelmat itsehoidossa	2	-	2

Koska keräsin noin puolet aineistostani silmätautien yksiköstä, asiakkaan aistien heikentyminen tai aistivamma nousevat huomattavaksi syyksi yhteistyölle. Lähes jokaisessa silmätautien yksikön potilaskertomuksissa viitataan asiakkaan näkökykyyn ja muihin aisteihin. Näköaistin heikkenemisen lisäksi asiakkailla saattaa samanaikaisesti olla myös toisen aistin heikentymistä tai toiseen aistiin liittyvä aistivamma. Sen sijaan aineistooni kuuluvien vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomusten SOS-näkymällä ei mainita asiakkaan mielenterveyden tilaa tai diagnooseja. Ero kahden tutkimani yksikön välillä voi johtua yksiköiden välisistä erilaisista dokumentointikäytännöistä tai käsityksestä siitä, että psykiatriset sairaudet ja diagnoosit ovat erityisen arkaluonteisia asioita, joita ei tule kirjata psykiatrian erikoisalanäkymän ulkopuolelle. Silmätautien yksikön potilaskertomuksissa sosiaalityöntekijä kuvaa asiakkaan aisteja, erityisesti näköaistia, ja sen heikentymisen vaikutuksia asiakkaan arkeen ja toimintakykyyn. Vanhuspsykiatrian yksiköstä kerätyissä potilaskertomuksissa psykiatriset häiriöt itsessään eivät nouse yhteistyön syyksi, vaan mielenterveyden ongelmat kuvautuvat sosiaalityöntekijöiden kirjoittamissa teksteissä asiakkaan tarpeena saada apua taloudellisiin asioihin ja asumiseen liittyen.

Asiakkaan heikentynyt taloudellinen toimintakyky, jonka alle olen sijoittanut asiakkaan vaikeudet hoitaa raha-asioitaan itsenäisesti ja edunvalvonnan tarpeen, on vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksissa sekä heikentyneen toimintakyvyn osatekijöistä että kaikista havaitsemistani yksittäisistä yhteistyön syistä yleisin (n=9). Silmätautien yksikön aineistossa asiakkaan taloudellinen toimintakyky ja sen vaikeudet eivät nouse lainkaan yhteistyön syiksi. Asiakkaan taloudellinen toimintakyky siis jakaa aineiston huomattavasti. Syyksi erolle vanhuspsykiatrian ja silmätautien yksikköjen välillä voi nostaa mielenterveyden häiriöiden vaikutuksen asiakkaan mahdollisuuksiin hallita taloudellisia ja muitakin asioitaan. Esimerkiksi alla olevassa sitaatissa kuvatun käytöksen voisi kuvitella johtuvan mielenterveyden häiriöstä. Tämän lisäksi on kuitenkin muitakin selitysvaihtoehtoja, kuten se, että pitkän sairaalahoidon aikana taloudellisten asioiden hoito vaikeutuu, ainakin jos asiakkaalla ei ole omaisia, jotka kävisivät hänen kotonaan noutamassa laskuja ja huolehtisivat niiden maksusta asiakkaan ollessa osastohoidossa.

”Tänään tavattu potilasta ja ehdotettu että laittaisimme pian erääntyvät laskut maksuun ja soittaisimme yhdessä perintäyhtiö (nimi), josta potilaalle on lähetetty kaksi maksuvaatimusta, joiden eräpäivä on jo mennyt. Potilas kieltäytyi, ja sanoi ettei maksa (halventava nimitys) tarkoittaen (perintätoimiston nimi) laskuja. Myös muiden laskujen maksamisesta potilas kieltäytyi. Esimerkiksi (eräs lasku) on hänestä aiheeton, ja (sairaalan nimi) laskusta potilas sanoo ettei ymmärrä sitä.”

Etuuksien, palveluiden tai apuvälineiden tarve on aineistossani toiseksi yleisin syy yhteistyölle (n=17). En ole sijoittanut tämän otsikon alle niitä kertomuksia, joissa asiakkaalla on tarve kotihoidon palveluille, sillä ne sopivat mielestäni paremmin ”asumisen ja jatkohoidon” luokkaan. Jos asiakkaalla on ollut sekä kotihoidon palveluiden että muiden palveluiden, etuuksien tai apuvälineiden tarve, olen sijoittanut potilaskertomuksen kummankin otsikon alle. Olen sijoittanut tähän luokkaan myös potilaskertomuksen, jossa asiakkaalla jo on palvelu, mutta se ei vastaa täysin hänen tarpeitaan. Näin ollen palveluun on tarve hakea muutosta.

Asiakkaan tarve muille kuin kotihoidon palveluille, etuuksille tai apuvälineille on silmätautien yksikön potilaskertomuksissa jonkin verran yleisempi (n=11) kuin vanhuspsykiatrian yksikön kertomuksessa (n=6). Tätä selittänee se, että silmätautien yksikön potilaskertomuksissa monet asiakkaat ovat poliklinikka-asiakkaita, jotka tapaavat sosiaalityöntekijää ainakin osittain siksi, että heidän arjen sujuvuuttaan ja sen parantamista palveluiden, apuvälineiden ja etuuksien turvin kartoitettaisiin. Vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksissa monet asiakkaat taas ovat pian siirtymässä jatkohoitopaikkaan tai asumispalveluyksikköön kuntaan, ja heidän palveluitaan ja etuuksiaan on luontevampi alkaa kartoittaa sieltä käsin. Aineistossani etuuksien, palveluiden ja apuvälineiden tarve kumpuaa asiakkaan arkisesta elämästä ja sen haasteista. Alla olevassa esimerkissä palvelu paitsi helpottaisi asiakkaan liikkumista, myös auttaisi tätä saavuttamaan riippumattomuuden toisten avusta, mitä asiakas ilmeisesti arvostaa.

”Asiakkaan näkökyky on heikentynyt paljon viime keväästä lähtien. --- Kauppa- ja asiointimatkat (asiakkaan lapsi) tai (asiakkaan lapsen) perhe kuljettanut. --- Kerrottu eläkettä saavan hoitotuesta. Siihen vielä ei näyttäisi olevan perusteita. Annettu hakemuslomake ja esite hoitotuesta vast. varalle. Kuljetuspalvelu sen sijaan olisi tarpeen jo nyt, sillä [asiakas] kokee vaikeaksi pyytää apua ja se mahdollistaisi riippumattomuuden toisen avusta.”

Asumiseen ja jatkohoitoon liittyvät asiat olivat aineistossani kolmanneksi yleisin yhteistyön syy (n=16). Olen erottanut taulukossa toisistaan asiakkaan tarpeen tuetummalle asumiselle ja siirtymisen jatkohoitopaikkaan. Näistä tarve tuetummalle asumiselle tarkoittaa potilaskertomuksessa esiin noussutta asiakkaan tarvetta siirtyä palveluasumisen tai tehostetun eli ympärivuorokautisen palveluasumisen piiriin ja sen synnyttämää yhteistyötä. Jatkohoitopaikkaan siirtymiseen liittyvät tilanteet, joissa yhteistyön aiheena on asiakkaan siirtyminen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidosta jatkohoitoon kunnalliseen sairaalaan tai terveyskeskuksen vuodeosastolle. Joissakin aineistooni kuuluvissa potilaskertomuksissa nämä limityivät hieman, sillä asiakkaalla saattaa olla tarve tuetummalle asumiselle, mutta sellaisen hankkimiseksi

hänen on ensin siirryttävä tilanteen arvioimista varten kunnan sairaalaan, terveyskeskukseen tai vastaavaan laitokseen. Näissä tapauksissa yhteistyön varsinainen syy on ollut kuitenkin juuri tuetumman asumismuodon tarve, joten olen laskenut tapaukset kyseisen otsikon alle jatkohoitopaikkaan siirtymisen sijaan.

Kuten sosiaalityön yhteistyökumppaneita eritellessä, myös asumiseen ja jatkohoitoon liittyviä yhteistyön syitä tarkastellessa huomaa eron silmätautien ja vanhuspsykiatrian yksiköiden välillä. Silmätautien yksikön potilaskertomuksissa asumisen ja jatkohoidon kysymykset esiintyvät ylipäättään harvemmin kuin vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksissa, mutta lisäksi voi huomata, että silmätautien yksikössä asumiseen ja jatkohoitoon liittyvät syyt keskittyvät kokonaan asiakkaan tarpeeseen saada lisää apua kotiin (n=5). Vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksissa avun hankkiminen kotiin nousi yhteistyön syyksi harvemmin (n=3) kuin silmätautien yksikössä. Sen sijaan vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksissa puolessa (n=6) yhteistyön syynä on asiakkaan tarve tuetummalle asumiselle, ja lisäksi kahdessa potilaskertomuksessa yhteistyön tarve syntyy asiakkaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan. Aineistossani asiakkaan tarve tuetummalle asumisen muodolle voi olla asiakkaan itsensä ilmaisema.

”Potilas on huolissaan siitä, miten jatkossa kotonaan tulee toimeen.”

Asumisen kysymykset eivät kuitenkaan kaikissa potilaskertomuksissa nouse asiakkaan omasta aloitteesta, vaan myös hoitavan henkilökunnan tai lähiverkoston huolesta. Alla on katkelma potilaskertomuksesta, jossa asiakas on – lapsensa kertomien tietojen mukaan – aiemmin vastustanut tuettuun asumiseen siirtymistä. Nyt tuetumman asumisen paikkaa haetaan uudelleen, tällä kertaa vuodeosastolta käsin.

”(Asiakkaan lapsi) oli tyytyväinen siihen, että potilaalle haetaan hoitokotipaikkaa; hän oli ollut tietoinen hankalasta kotitilanteesta ja oli jo joitakin vuosia sitten yrittänyt turhaan saada potilasta palvelutaloon asumaan.”

Potilaskertomuksia, joissa yhteistyön syynä on asiakkaan tarve saada lisää apua kotiin, yhdistää mielenkiintoinen asia: kaikki lisäapua kotiin tarvitsevat asiakkaat asuvat yksin, tai ainakaan puolisoa tai muuta heidän kanssaan asuvaa henkilöä ei mainita kertomustekstissä. Tämä voi kertoa siitä, että puolison tai muun henkilön kanssa asuminen parantaa ikääntyneen mahdollisuuksia saada epävirallista hoivaa, jolloin kunnallisten palveluiden tarvetta ei välttämättä synny. Yksin asuvat ikääntyneet taas joutuisivat todennäköisemmin turvautumaan ulkopuoliseen, viralliseen apuun.

Neljäs aineistosta paikantamani yhteistyön syy on *kotona pärjäämisen arviointi*, jonka alle olen sijoittanut kotiutumisen suunnittelun sekä itsehoidon ongelmat. Itsehoidon ongelmilla tarkoitan lääkkeiden ottamiseen ja muun itse tehtävän sairauden hoitoon tai terveyden ylläpitämiseen liittyvän toimen laiminlyöntiä, joka johtuu asiakkaan omasta sairaudesta ja heikosta toimintakyvystä. Itsehoidon ongelmat liittyvät aineistossani lisäävun tarpeeseen kotona.

Kotona pärjäämisen arviointi tulee aineistossani esiin erityisesti kotiutumista suunnitellessa (n=5). Osassa aineistoni potilaskertomuksista asiakas tai tämän läheinen lausuu ääneen huolen tulevasta kotona pärjäämisestä kotiutumista suunniteltaessa. Huoli asiakkaan kotona pärjäämisestä heijastuu osasta potilaskertomuksia, kaikkein vahvimmin kertomuksessa, jossa sosiaalityöntekijä ottaa yhteyttä kotihoitoon lisääpujen järjestämisessä tilanteessa, jossa läheiset pelkäävät ikääntyneen asiakkaan olevan vaarassa aiheuttaa jopa tulipalon talossaan muistamattomuutensa vuoksi.

5.3 Sosiaalityön sisällöt yhteistyössä

Olen luokitellut aineistossani esiintyvät sosiaalityön sisällöt yhteistyössä neljän eri otsikon alle. Nämä ovat etuuksiin, palveluihin ja apuvälineisiin sekä taloudellisiin asioihin liittyvä ohjaus, neuvonta ja avustaminen, asiakkaan tilanteen kartoittaminen ja arviointi, asumisen tukemiseen ja jatkohoitoasioihin liittyvä selvittely sekä koordinointi eri tahojen välillä. Olen kuvannut taulukossa 5 sitä, kuinka usein havaitsemani sosiaalityön sisällöt esiintyvät aineistossani.

TAULUKKO 5. SOSIAALITYÖN SISÄLLÖT

Sosiaalityön sisällöt	Silmätaudit n=15	Vanhuspsykiatria n=12	Yhteensä n=27
Etuuksiin, palveluihin ja apuvälineisiin sekä taloudellisiin asioihin liittyvä ohjaus, neuvonta ja avustaminen	14	10	24
Asiakkaan tilanteen kartoittaminen ja arviointi	14	9	23
Asumisen tukemiseen ja jatkohoitoasioihin liittyvä selvittely	6	10	16
Koordinointi eri tahojen välillä	7	8	15

Verkostotyö on mainittu sekä ikääntyneiden kanssa tehtävän että terveydenhuollon sosiaalityön olennaiseksi osaksi (Korpela 2014, 127–128; Ylinen & Rissanen 2004, 203). Verkostotyö on myös omassa aineistossani hyvin keskeisessä roolissa. En ole kuitenkaan nostanut sitä itsenäiseksi sosiaalityön sisällöksi tutkimukseni tuloksiin, sillä verkostoissa eli erikoissairaanhoidon sosiaalityön rajapinnoilla tehtävä työ muodostaa koko tutkimukseni ytimen. Sosiaalityön sisällöillä tarkoitankin niitä asioita ja tehtäviä, joita sosiaalityöntekijä verkostoissa tekee, ja joiden kautta sosiaalityön erityisyys erikoissairaanhoidon kontekstissa ja verkostoissa nousee esiin.

Yleisin sosiaalityön sisällöistä aineistossani on *etuuksiin, palveluihin ja apuvälineisiin sekä taloudellisiin asioihin liittyvä ohjaus, neuvonta ja avustaminen*, joka esiintyy lähes jokaisessa aineistoni potilaskertomuksessa (n=24). Tähän kokonaisuuteen sisältyy myös kotihoidon palveluihin liittyvä ohjaus ja neuvonta. Erittelen seuraavalla sivulla olevassa taulukossa 6 sitä, millaisena etuuksiin, palveluihin ja apuvälineisiin sekä taloudellisiin asioihin liittyvä ohjaus, neuvonta ja avustaminen näkyy aineistossani.

Kuten jo aiemmin yhteistyön syitä eritellessäni nostin esiin, tutkimissani vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksissa asiakkaan taloudelliset asiat ovat melko vahvasti esillä, kun taas silmätautien yksikön potilaskertomuksissa ne eivät nouse suorina mainintoina esiin. Samanlainen jako näkyy myös vertailtaessa sosiaalityön sisältöjä kahdessa yksikössä. Vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksista suurimmassa osassa (n=9) asiakkaan taloudellisiin asioihin liittyvä ohjaus, neuvonta ja avustaminen esimerkiksi laskujen maksamisessa on sosiaalityön tärkeä sisältö. Silmätautien yksikön potilaskertomuksissa taas sosiaalityöntekijän tekemä ohjaus-, neuvonta- ja avustamistyö liittyy etuuksien hakemiseen, palveluihin ja apuvälineasioihin (n=14). Tämän kaltainen työ nousee esiin myös puolella (n=6) vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksista. Yksiköiden erojen vuoksi olen erottanut taulukossa 6 etuuksiin, palveluihin ja apuvälineisiin sekä taloudellisiin asioihin liittyvät sosiaalityön tehtävät toisistaan kahden eri otsikon alle.

Taulukossa 6 esiteltyjen sosiaalityön tehtävien lisäksi aineistoni yksittäisissä potilaskertomuksissa esiin nousevia sosiaalityön etuuksiin, palveluihin ja apuvälineisiin tai taloudellisiin asioihin liittyvän avun piiriin kuuluvia asioita ovat myös asiakasmaksujen tarkistaminen sairaalan maksutoimistosta asiakkaan puolesta sekä niiden ilmoittaminen jatkohoitopaikkaan terveydenhuollon asiakasmaksukaton laske-
miseksi, lääkärinlausunnon kopion lähettäminen asiakkaalle, muiden kuin laskuihin tai hakemuksiin liittyvien paperiasioden hoitaminen, osoitteenmuutoksen tekeminen asiakkaan puolesta sekä asiakkaan

avustaminen asunnon vaihtamiseen liittyvissä asioissa yhdessä kunnan gerontologista sosiaalityötä tekevän työntekijän kanssa.

TAULUKKO 6. ETUUKSIIN, PALVELUIHIN JA APUVÄLINEISIIN SEKÄ TALOUDELLISIIN ASIOIHIN LIITTYVÄ OHJAUS, NEUVONTA JA AVUSTAMINEN

Ohjaus, neuvonta ja avustaminen	Silmätaudit n=15	Vanhuspsykiatria n=12	Yhteensä n=27
Etuuksiin, palveluihin ja apuvälineisiin liittyvä ohjaus, neuvonta ja apu	14	6	20
Etuuksista, palveluista tai apuvälineistä keskustelu asiakkaan tai läheisen kanssa	12	6	18
Avustaminen hakemuksen täyttämässä	4	3	7
Hakemuslomakkeen antaminen asiakkaalle tai läheiselle täytettäväksi	2	1	3
Hakemuksen ja/tai lääkärinlausunnon lähettäminen asiakkaan puolesta	4	5	9
- Kelaan	1	5	6
- kunnan vammaispalveluihin	3	-	3
Muu yhteydenotto Kelaan asiakkaan sosiaaliturvaan liittyvissä asioissa	-	2	2
Lääkärinlausuntopyyntö	8	2	10
Maksusitoumuksen hankkiminen asiakkaan apuvälinettä varten	1	1	2
Etuuksia tai palveluita koskevan kirjallisen materiaalin antaminen	5	-	5
Sairaalan yhteystietojen antaminen	6	-	6
Muiden yhteystietojen antaminen	3	-	3
Taloudellisiin asioihin liittyvä ohjaus ja apu	-	9	9
Laskujen eräpäivien siirto ja muu avustaminen laskujen maksamisessa	-	9	9
Ilmoitus asiakkaan edunvalvonnan tarpeesta maistraattiin	-	3	3
Muu yhteydenotto maistraattiin edunvalvonta-asioissa	-	2	2
Asiakkaan tai läheisen kanssa keskustelu asiakkaan edunvalvonnan tarpeesta/taloudellisesta tilanteesta	-	5	5
Kunnan työntekijän kanssa keskustelu asiakkaan taloudellisten asioiden hoitamisesta	-	2	2

Aineistoni perusteella etuuksiin, palveluihin ja apuvälineisiin liittyvä ohjaus, neuvonta ja avustaminen ovat merkittävä osa terveydenhuollon sosiaalityötä myös ikääntyneiden asiakkaiden ja heidän läheistensä kohdalla. Lähes kaikki aineistoni erikoissairaanhoidon sosiaalityön asiakkaat määrittävät jollain tavalla palveluita, etuuksia tai apua tarvitseviksi, joskin heidän tarpeidensa määrä ja laajuus vaihtelevat. Aineistossani asiakkaat sijoittuvat jonkinlaisen aktiivisuuden ja tarvitsevuuden jatkumon eri kohtiin, jossa joku asiakas tarvitsee huomattavan paljon sosiaalityöntekijän, läheisten ja muiden toimijoiden apua kun taas toinen tarvitsee ainoastaan tietoa etuuksista sosiaalityöntekijältä ja lääkärinlausunnon.

Ohjaukseen, neuvontaan ja avustamiseen liittyy sosiaalityöntekijän rooli palveluiden ja etuuksien sekä jossain määrin myös apuvälineiden kriteerien ja hakemisprosessien asiantuntijana. Esimerkiksi seuraavassa aineistokatkelmassa sosiaalityöntekijä toimii vaikeavammaisten kuljetuspalvelun (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987, 8 §) ja sosiaalihoitolain (2014, 23 §) mukaisen kuljetuspalvelun kriteerien tietäjänä.

”Kerrottu vaikeavammaisten kuljetuspalvelusta ja SHL:n [=sosiaalihoitolaki] mukaisesta kuljetuspalvelusta sekä mm. asunnon muutostöiden kriteereistä. Vaikeavammaisuus ei vielä täyty näkövammaisuuden perusteella, haitta-aste (luku) %. SHL:n muk. kuljetuspalveluun voisi olla oikeus.”

Toisaalta samaan aikaan asiakas nousee potilaskertomuksissa esiin omien tarpeidensa tietäjänä ja tunti-jana. Seuraavassa aineistokatkelmassa asiakas tulee etuuksista ja palveluista sosiaalityöntekijältä kuul-tuaan siihen tulokseen, että ne eivät vielä hänen nykyisessä tilanteessaan ole tarpeellisia tai että niiden kriteerit eivät hänen kohdallaan täyty.

”Kerrottu eläkettä saavan hoitotuesta ja kuljetuspalveluista. Nämä eivät tunnu asiakkaasta vielä ajankohtaisilta.”

Joissakin potilaskertomuksissa asiakkaan läheinen toimii asiakkaan puolestapuhujana ja tämän tarpeiden sekä toiveiden asiantuntijana. Seuraavassa katkelmassa sosiaalityöntekijä on yhteydessä asiakkaan lap-seen edunvalvontaan liittyvissä asioissa. Läheinen vaikuttaa olevan sosiaalityöntekijän ja asiakasta hoi-tavan henkilökunnan kanssa samaa mieltä asiakkaan edunvalvonnan tarpeesta ja kertoo lisäksi mielipi-teensä siitä, ketä asiakas ei hänen mielestään ole valmis hyväksymään edunvalvojakseen.

”Kerrotaan omaiselle, että osastolla on pohdittu potilaan edunvalvonnan tarvetta ja asiaa on tarkoitus laittaa vireille (alueen nimi) maistraattiin. Kysytään, onko omaisen mahdollista ryhtyä potilaan edunvalvojaksi. Omainen on tietoinen tilanteesta ja voisi ryhtyä hoitamaan potilaan raha-asioita, koska hänen mielestään (asiakas) ei hyväksyisi ulkopuolista edunvalvojaa.”

Aineistossani sosiaalityöntekijät keskustelevat asiakkaiden ja näiden läheisten kanssa monenlaisista palveluista ja etuuksista. Olen kerännyt alla olevaan taulukkoon 7 niitä etuuksia ja palveluita, joista sosiaalityöntekijät aineistoni potilaskertomusten mukaan keskustelevat asiakkaiden tai näiden läheisten kanssa.

TAULUKKO 7. ETUUKSET JA PALVELUT, JOISTA SOSIAALITYÖNTEKIJÄ ANTAA TIETOA

Etuudet ja palvelut	Silmätaudit n=15	Vanhuspsykiatria n=12	Yhteensä n=27
Eläkkeensaajan hoitotuki	7	6	13
Kuljetuspalvelu SHL:n tai VPL:n ¹ mukaan	10	-	10
Koti- ja siivouspalvelut	7	2	9
Apuvälineet	5	-	5
Edunvalvonta	-	4	4
Sairaalan/poliklinikan omat apuvälinepalvelut	3	-	3
Kodinmuutostyöt	2	-	2
Verotuksen invalidivähennys	2	-	2

Taulukossa mainittujen etuuksien, palveluiden ja apuvälineasioiden lisäksi aineistoni yksittäisissä potilaskertomuksissa sosiaalityöntekijä keskustelee asiakkaan tai tämän läheisen kanssa omaishoidontuesta, terveydenhuollon asiakasmaksujen maksukatosta, saatto- ja ulkoilupalveluista, pysäköintiluvasta, henkilökohtaisesta avustajasta, lääkekorvauksista, asumistuesta, valituksen tekemisestä hylkäävästä päätöksestä sekä muista, nimeämättömistä vaihtoehtoisista palvelumahdollisuuksista. Olen kerännyt aineistoni sairaalasta, jonne asiakkaat tulevat laajalta maantieteelliseltä alueelta ja siis pitkienkin välimatkojen päästä. Poliklinikalla asioivien asiakkaiden täytyy matkustaa sairaalan ja kotinsa väliä ehkä useinkin.

¹ SHL = Sosiaalihuoltolaki 2014, 23 §

VPL = Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987, 8 §

Siksi onkin yllättävää, että aineistoni potilaskertomuksissa ei ole mainittu Kelan matkakorvauksia kertaakaan. On toki mahdollista, että tutkimissani yksiköissä, ja varsinkin silmätautien yksikössä, jossa poliklinikkatoiminta on keskeisessä roolissa, hoitava henkilökunta on tarkasti selvillä matkakorvauksista ja tiedottaa niistä asiakkaille niin, että sosiaalityöntekijän ei sitä enää ole tarpeen tehdä.

Silmätautien ja vanhuspsykiatrian yksiköiden potilaskertomuksia vertailtaessa huomaa, että silmätautien yksikössä sosiaalityöntekijä käy asiakkaiden ja läheisten kanssa läpi lukumäärällisesti useampia etuuksia ja palveluita. Vanhuspsykiatrian yksikössä käsiteltävien etuuksien ja palveluiden kirjo on vähäisempi, ja se painottuu pääasiassa eläkkeensaajan hoitotukeen (n=6) ja edunvalvontaan (n=4), joista jälkimmäinen ei esiinny silmätautien yksikön potilaskertomuksissa kertaakaan. Ero siinä, kuinka laajasti sosiaalityöntekijä käy asiakkaiden ja läheisten kanssa läpi etuuksia ja palveluita voi johtua siitä, että vanhuspsykiatrian yksikön asiakkaat ovat vuodeosastohoidossa, jolloin ainakin kotona asumista tukevien palveluiden ja etuuksien (kuten koti- ja siivouspalveluiden sekä kuljetuspalveluiden) järjestäminen voi olla vaikeaa, ainakin jos ei ole tiedossa se, palaako asiakas ylipäättään asumaan itsenäisesti kotiinsa. Jos asiakkaan tiedetään mahdollisesti muuttavan pian tuetumman asumisen palveluiden piiriin, voi olla järkevämpää odottaa myös etuuksien hakemista siihen asti, että asiakkaan tilanne selkenee. Olen huomannut aineistoa analysoidessani eron vanhuspsykiatrian ja silmätautien yksiköiden välillä myös siinä, että silmätautien yksikössä sosiaalityöntekijä käy asiakkaiden ja läheisten kanssa läpi yleisluontoisten, eläkeläisille tai pitkäaikaissairaille tarkoitettujen etuuksien ja palveluiden lisäksi myös erityisesti näön heikkenemiseen ja näkövammaan liittyviä palveluita ja apuvälineitä. Vanhuspsykiatrian yksikön aineistossa sen sijaan ei nouse esiin erityisesti mielenterveyskuntoutujia koskevia palveluita ja etuuksia, ellei kenties edunvalvontaa laske sellaiseksi.

Ohjauksen ja neuvonnan lisäksi erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijät antavat aineistossani konkreettista apua hakemuslomakkeiden täyttöön. Lisäksi sosiaalityöntekijät pyytävät lääkärinlausuntoja hakemusten liitteiksi sekä lähettävät tarvittaessa hakemuksia ja lääkärinlausuntoja asiakkaan puolesta päätökset tekeväälle taholle, joka aineistoni potilaskertomuksissa on Kela tai kunnan vammaispalvelu. Seuraavassa aineistokatkelmassa sosiaalityöntekijä kuvaa ensin, mistä etuuksista ja palveluista hän on keskustellut asiakkaan ja tapaamisessa myös läsnä olleen läheisen kanssa. Sosiaalityöntekijä on myös avustanut jonkin verran hakemuksen täyttämässä käymällä lomaketta läpi läheisen kanssa, joka ilmeisesti auttaa asiakasta paperiasioiden hoidossa. Katkelmassa näkyy myös aineistossani melko yleinen tapa pyytää

lääkärinlausuntoa sähköisen potilasjärjestelmän kautta; sosiaalityöntekijä kirjoittaa lääkärinlausuntopyynnön SOS-näkymälle tekemäänsä tekstiin, josta lääkäri saa sen tietoonsa.

”Kerrottu eläkettä saavan hoitotuesta ja vaikeavammaisten kuljetuspalvelusta sekä pysäköintiluvasta ja verotusasioista. Käyty hakemuslomakkeita alustavasti läpi omaisen kanssa, joka lupasi täyttää ne asiakkaan kanssa. Sovittu pyydettävän etuuksia varten lääk. lausunnot.

P.k. [=pyydetään kohteliaasti] C-todistus eläkettä saavan hoitotukea ja vaikeavammaisten kuljetuspalvelua varten sekä verotusta varten arvio pysyvästä haitta-asteesta ja haittaluokasta. Pysäköintilupaa varten pyydetään Trafîn lomakkeelle lääk.lausuntoa vammaisten pysäköintilupaa varten.”

Vanhuspsykiatrian aineistossa sosiaalityöntekijä ohjaa, neuvoo ja avustaa asiakkaita taloudellisten asioiden hoitamisessa. Sosiaalityöntekijän antama apu on taloudellisten asioiden suhteen hyvin käytännöllistä, kuten eräpäivien siirtämistä, sairaalalaskujen lähettämistä suoraan asiakkaan läheiselle ja asiakkaan allekirjoitusten pyytämistä laskuihin, jotta sosiaalityöntekijä voi lähettää ne pankkiin maksettavaksi.

”Potilaalla oli vaikeuksia ymmärtää ja kirjoittaa nimeään laskuihin; kaikki kuitenkin saatiin hoidettua eteenpäin. Potilaan tili on (pankin nimi) ja tilillä on riittävästi varoja laskujen maksuun. Potilaan toimintakyky raha-asioiden hoidossa viittaa kuitenkin siihen, että jatkossa hän tarvitsee enemmän tukea joko omaiselta tai edunvalvonnan kautta.”

Kuten edellisessä aineistokatkelmassakin käy ilmi, taloudellisten asioiden hoidon ollessa hankalaa sosiaalityöntekijä alkaa käytännöllisen avustamisen lisäksi tehdä jatkosuunnitelmia esimerkiksi sen suhteen, tarvitseeko asiakas mahdollisesti edunvalvojan. Joka neljännessä (n=3) vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksessa asiakkaalle haetaan edunvalvontaa vanhuspsykiatrian yksikön henkilökunnan toimesta. Näissä tapauksissa sosiaalityöntekijä tekee maistraattiin ilmoituksen asiakkaan edunvalvonnan tarpeesta.

Toimeentulotuen hakeminen asiakkaalle tai asiakkaan tai tämän läheisen neuvominen toimeentulotuen hakemisen käytännöistä ei näy aineistossani yhdessäkään potilaskertomuksessa. Tähän voi kuitenkin vaikuttaa se, että toimeentulotuen hakemista voi pitää sellaisena arkaluonteisena asiana, joka ei vaikuta asiakkaan hoitoon, ja joka sen tähden tulee jättää kirjaamatta potilaskertomukseen. Toimeentulotuen mainitsemisen sijaan sosiaalityöntekijä saattaa silloin kirjoittaa potilaskertomukseen yleisluontoisemmin

käyneensä asiakkaan tai tämän läheisen kanssa taloudellisiin asioihin liittyvää keskustelua. Muutamia tällaisia merkintöjä löytyy aineistostani, mutta niistä ei voi päätellä, liittyvätkö keskustelut toimeentulotukeen vai muihin taloudellisiin asioihin.

Olen sijoittanut yhteystietojen antamisen etuuksiin, palveluihin ja apuvälineisiin liittyvän ohjauksen, neuvonnan ja avustamisen otsikon alle. Toisin kuin vanhuspsykiatrian yksikössä, silmätautien yksikön sosiaalityöntekijä on kirjoittanut potilaskertomuksiin yhteystietojen ja kirjallisen materiaalin antamisesta asiakkaalle. Sosiaalityöntekijä antaa aineistossani asiakkaalle sairaalan omien yhteystietojen lisäksi kunnan sosiaalitoimen, palveluita tarjoavan järjestön sekä kotihoidon yhteystietoja. Yhteystietojen antaminen liittyy näissä potilaskertomuksissa etuuksien tai palveluiden hakemiseen, kuten alla olevassa aineistoesimerkissä, jossa sosiaalityöntekijä antaa asiakkaalle tämän toiveen mukaisesti ilmaisia palveluita tarjoavan järjestön yhteystiedot.

”Saatto- ja ulkoilupalveluista keskusteltu. Ei halua maksullista palvelua. Annettu (järjestön nimi) yhteystiedot.”

Asiakkaan tilanteen kartoittaminen ja arviointi nousee aineistossani toiseksi merkittävimmäksi (n=23) sosiaalityön sisällöksi yhteistyösuhteissa. Pääosin sosiaalityöntekijä kartoittaa asiakkaan tilannetta keskustelemalla tämän kanssa, mutta sosiaalityöntekijä käyttää aineistossani hyväkseen myös keskusteluja läheisten, hoitohenkilökunnan sekä kunnallisten ja muiden toimijoiden kanssa. Aineistossani asiakkaan tilanteen kartoittamiseen sisältyy laaja-alainen keskustelu asiakkaan nykyisestä elämäntilanteesta. Asiakkaan tilannetta kartoittaessaan sosiaalityöntekijä samalla arvioi sitä.

Aineistoni perusteella erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijä kartoittaa, arvioi ja dokumentoi potilaskertomukseen esimerkiksi asiakkaan fyysisen, henkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn nykyistä tilannetta, tämän avun tarpeita arjessa, asumiseen liittyviä asioita, läheisverkoston toimivuutta sekä asiakkaan toiveita jatkoon suhteen. Tilannekartoitukseen sisältyy myös asiakkaan nykyisten etuuksien ja palveluiden sekä niiden soveltuvuuden selvittäminen. Seuraavassa esimerkissä sosiaalityöntekijä kartoittaa asiakkaan aiempaa selviytymistä arjessa, tämän läheisverkoston tilaa sekä tämän saamia etuuksia ja palveluita. Sosiaalityöntekijä kirjaa potilaskertomukseen myös asiakkaan omaan toiveen siitä, miten tämä haluaa jatkossa asua.

”Näkökyvyn ennuste arvioitu huonoksi. Asiakas on muuten vireä. Asiakas on asunut yksin. Joka aamu kotihoito käynyt laittamassa (lääkityksen nimi). Lisäksi kertoo seinänaapurin

tarvittaessa auttaneen. --- Lähiomaisia, jotka voisivat auttaa ei ole. --- Tähän saakka kertoo itse laittaneen ruuan, siivonneen, hoitaneen pankkiasiat yms. --- Jatkossa pärjääminen mietityttää. --- Asiakas toivoo voivansa asua kotona. --- Asiakas kertoo saavansa korotettua eläkettä saavan hoitotukea ja kuljetuspalvelu on ollut jo vuosia.”

Asiakkaan tilanteen kartoittaminen ja arviointi määrittyy aineistoni perusteella tärkeäksi osaksi erikoissairaanhoidon asiakasprosessia, sillä sosiaalityöntekijä arvioi esimerkiksi etuuksien ja palveluiden sekä asumisen ratkaisujen sopivuutta asiakkaalle tekemänsä tilannekartoituksen perusteella. Esimerkiksi seuraavassa aineisto-otteesta sosiaalityöntekijä kartoittaa asiakkaan tilannetta ja niitä asioita, jotka eivät nykyisessä tilanteessa suju.

”Asiakas sairastaa (lista sairauksista). Lisäksi kertoo lähimuistin heikentyneen ja olevan sen vuoksi tutkimuksissa. Kuitenkin ikäisekseen varsin virkeä. Toimintakyky on vähitellen heikentynyt, etenkin viim. vuoden aikana. --- Vieraassa ympäristössä vaikeuksia liikkua. Ei näe epätasaisuuksia. Kaatuillut.”

Tässä potilaskertomuksessa sosiaalityöntekijä ottaa puheeksi kuljetuspalvelun hakemisen kartoitettuaan asiakkaan tilannetta. Sosiaalityöntekijä myös avustaa asiakasta hakemuksen täyttämässä, pyytää lääkärinlausunnon ja seuraavassa asiakkaan potilaskertomukselle tekemässään kirjauksessa kertoo lähettäneensä kuljetuspalveluhakemuksen liitteineen kunnan vammaispalveluun.

Kolmas aineistossani esiintyvä sosiaalityön sisältö yhteistyössä on asiakkaan *asumisen tukemiseen ja jatkohoitoasioihin liittyvä selvittely* (n=16). Se esiintyy aineistossani yleisemmin vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksissa (n=10), joissa selvittely liittyy useammin asiakkaan jatkoasumiseen ja -hoitoon. Sen sijaan silmätautien yksikön aineistossa tähän luokkaan kuuluvat potilaskertomukset (n=6) keskittyvät lähinnä kotona asumisen tukemiseen kotihoidon apuja järjestämällä tai niitä lisäämällä. Olen kuvannut taulukossa 8 sitä, kuinka asumisen tukemiseen ja jatkohoitoasioihin liittyvä selvittely nousee aineistossani esiin.

TAULUKKO 8. ASUMISEN TUKEMISEEN JA JATKOHOITOASIOIHIN LIITTYVÄ SELVITTELY

	Silmätaudit n=15	Vanhuspsyki- atria n=12	Yhteensä n=27
Asumisen tukemiseen ja jatkohoitoasioihin liittyvä selvittely	6	10	16
Asiakkaan ja/tai läheisen kanssa keskustelu	5	5	10
- kotiapujen järjestämisestä	5	2	7
- asumisen paikasta jatkossa	1	3	4
Asiakkaan tilanteen tai avun tarpeiden läpikäyminen kunnallisen toimijan kanssa kotona asumisen tukemiseksi tai tuetumman asumismuodon hakemiseksi	6	5	11
Asiakkaan taloudellisten, sosiaaliturvan tai asumisen asioiden selvitys kunnan jatkohoitopaikan sosiaalityöntekijälle	-	3	3
Hoitoneuvotteluun osallistuminen	-	2	2

Erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijä keskustelee aineistossani kaiken kaikkiaan kymmenessä potilas-kertomuksessa asiakkaan tai tämän läheisen kanssa kotiapujen järjestämisestä tai asiakkaan asumisen paikasta jatkossa. Keskustelun aikana sosiaalityöntekijä samalla myös kartoittaa ja arvioi asiakkaan tilannetta. Alla olevassa aineistokatkelmassa sosiaalityöntekijä saa asiakkaan läheiseltä tietoja asiakkaan aikaisemmin kotiin saamasta avusta ja tuesta. Läheinen kertoo samalla oman toiveensa asiakkaan jatkon suhteen, mikäli tämä kotiutuu sairaalasta. Kuten katkelmasta on luettavissa, läheisen ja asiakkaan toiveet eivät kuitenkaan välttämättä kohtaa tässä kohdassa: asiakas saattaa kotiutuessaan arvostaa enemmän tuetuksi käynnyttä, ilmeisesti yksityisiä kotipalveluita tarjoavaa henkilöä kuin kunnan kotihoitoa, jossa kotiin tulevat hoitajat väistämättä vaihtuvat.

”Omaisien mukaan potilaan luona on kerran pari viikossa käynyt henkilö, joka on tuonut arterioita sekä auttanut kotitöissä, mm. pessyt pyykkiä, mutta apu ei viime aikoina ole ollut riittävää. Mikäli potilas kotiutuu, omainen toivoisi tiiviimpää huolenpitoa ja etenkin ruokailun järjestämistä tarkoituksenmukaisesti. Ongelmana on tähän asti ollut se, ettei potilas ole luottanut kuin tiettyyn henkilöön kotihoitoasioissa.”

Kotiutumisen lisäksi aineistossani nousee esiin omasta kodista tuetumman asumisen piiriin muuttamisen vaikeat kysymykset. Seuraavassa sitaatissa nousevat esiin ne ristiriitaiset tunteet, joita tuetumman asumisen piiriin muuttaminen synnyttää asiakkaassa. Toisaalta asiakas tunnistaa, että tuettu asuminen olisi

hänen oman vointinsa kannalta parempi, mutta omasta asunnosta luopuminen on vaikeaa. Tässä potilaskertomuksessa sosiaalityöntekijä tuo esiin omaa asiantuntemustaan ja kertoo mielipiteensä siitä, mikä hänen mielestään olisi asiakkaan kannalta paras asumisen paikka jatkossa. Sitaatista on luettavissa sosiaalityöntekijän halu suojella asiakasta tätä pelottavalta yksin asumiselta ja kotiutumisen myötä mahdollisesti entisestään vaikeutuvalla tilanteella. Asumisasian ratkaisu jää tässä kirjauksessa auki, sillä tarkemmin asiakkaan asumisesta keskustellaan tulevassa hoitoneuvottelussa.

”Hän [=asiakas] pohtii muuttoa pienempään asuntoon vuokralle ja pitää palvelutyyppistä asumista hyvänä, koska yksinasuminen joskus pelottaa. Hän toisaalta haluaisi säilyttää asunto-omaisuuden hallussaan. Toistuvat sairaalajaksot huomioon ottaen potilaan hyvinvoinnin kannalta olisi parempi asua tuetummin, esim. aiemmin mainitussa (yrityksen nimi) palvelutalossa. Mm. tästä on tarkoitus keskustella tulevassa hoitoneuvottelussa.”

Asiakkaan ja läheisten lisäksi kunnalliset toimijat määrittävät aineistossani asumiseen ja sen tukemiseen liittyvissä asioissa erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijän tärkeiksi yhteistyökumppaneiksi (n=11). Vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksissa sosiaalityöntekijä käy asiakkaan tilannetta ja avun tarpeita läpi kunnan asumispalvelupaikka-asioista vastaavien työntekijöiden sekä kunnan gerontologisen sosiaalityön tai palveluohjauksen työntekijöiden kanssa. Esimerkiksi seuraavassa sitaatissa sosiaalityöntekijä on yhteydessä kunnan asumispalvelupaikka-asioita käsittelevään työntekijään selvittääkseen asiakkaan mahdollisuuksia päästä kunnan asumispalveluiden piiriin.

”Potilaan jatkohoitoasioissa soitettu (kunnan nimi) sosiaalityöntekijä (nimi). Potilaasta ei kotikunnassa ole vielä tehty hakemusta dementiahoitopaikkaan. Keskusteltu potilaan tilanteesta. Kunnan käyttämä hoitopaikan arviointiosasto sijaitsee vanhainkoti (nimi). --- Tarvittaessa voi saada myös kunnan maksusitoumuksen (paikan nimi) sijaitseviin yksityisiin hoitokoteihin, niissä suljetut ovet ja ympärivirk henkilökunta. Paikkatilannetta selvittää sos.tt (nimi). Vaihtoehtona on myös kunnan palveluseteli --- Potilaan hoitojakson päättyessä on ak yhteydessä uudelleen sos.tt (nimi).”

Sosiaalityöntekijä keskustelee kunnan sosiaalityöntekijän kanssa asiakkaan tilanteesta ja selvittää tämän kanssa mahdollisia asumispaikkavaihtoehtoja, joita kyseisessä kunnassa on useampia. Asumispalvelupaikkojen järjestäminen ja osoittaminen asiakkaalle ei ole erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijän tehtävä, vaan se kuuluu kunnalle. Erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijä määrittyykin aineistossani asumispaikka-asoiden suhteen nimenomaan selvittelijäksi sekä asiakkaan, läheisten, kunnan työntekijöiden

ja muun erikoissairaanhoidon henkilökunnan väliseksi neuvottelijaksi. Alla olevassa aineisto-otteessa erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijä asemoituu osaston ja kunnan työntekijän väliseksi toimijaksi.

”Osastonlääkärin pyynnöstä selvitetään potilaan jatkohoitopaikan tilannetta. --- Ak soitti (kunnan nimi) (asumispaikka-asioista vastaavan työntekijän ammattinimike) (työntekijän nimi), joka tunsu potilaan kotitilanteen käytyään heidän luonaan edellisellä viikolla kotikäynnillä kotihoidon (työntekijän ammattinimike) kanssa. (Asumispaikka-asioista vastaavan työntekijän nimi) neuvoi hakemaan potilaalle jatkohoittoa (kunnan sairaalan nimi), missä voidaan arvioida tarkoituksenmukainen pysyvämpi hoitopaikka. Tämä ilmoitettu osaston työryhmälle --- ”

Silmätautien yksikön aineistossa sosiaalityöntekijä tekee yhteistyötä kunnan kotihoidon, kotiutustiimin sekä vammaispalveluiden työntekijöiden kanssa asiakkaan kotona asumisen tukemiseen liittyen. Sosiaalityöntekijä kartoittaa kunnan työntekijöiden kanssa asiakkaan nykyistä tilannetta ja selvittää asiakkaan mahdollisuuksia saada enemmän kotiapua tai muita kotona asumista tukevia palveluita. Alla olevassa esimerkissä sosiaalityöntekijä tapaa asiakkaan, jolla on jo jonkin verran kotihoidon palveluita, mutta nykyiset palvelut eivät tunnu asiakkaasta riittäviltä. Tämän vuoksi sosiaalityöntekijä on yhteydessä kunnan kotihoitoon.

”Otettu yhteys (kunnan nimi) kotihoitoon ja pyydetty kartoituskäyntiä. Luvattu pitää hoitoneuvottelu seur. käynnillä (mainittu päivä). Tällöin selvitetään asiakkaan palvelutarvetta ja toiveita sekä mahd. kustannuksia lisäavusta.”

Sosiaalityöntekijän rooli asiakkaan kotiuttajana vuodeosastohoidosta ei nouse aineistossani esiin kovin vahvana, mikä johtuu siitä, että suuri osa asiakkaista on joko poliklinikalla asioivia tai erikoissairaanhoidosta suoraan jatkohoitopaikkaan siirtyviä asiakkaita, sekä siitä, että kotiuttamisen järjestäminen ja esimerkiksi yhteyden ottaminen kotihoitoon kotiapujen käynnistämiseksi on yleensä osaston hoitavan henkilökunnan tehtävä. Sosiaalityöntekijä joutuu kuitenkin ajoittain ottamaan kantaa osastohoidosta kotiutumiseen liittyviin asioihin, ja yhdessä aineistooni kuuluvassa potilaskertomuksessa sosiaalityöntekijä on asiakkaan monimutkaisessa tilanteessa vahvasti mukana järjestämässä kotiuttamiseen liittyviä käytännön asioita. Tilanteeseen tuo haastetta se, että asiakasta ollaan kotiuttamassa jo seuraavaksi päiväksi. Kyseisessä tilanteessa nousevat esiin myös palvelujärjestelmän toimijoiden reunaehdot: kotihoidon ei ole mahdollista käynnistää palveluita niin nopeasti kuin tarve olisi.

”Yhteydenotto kotihoidon (työntekijän ammattinimike, nimi ja puhelinnumero). Kotihoito ei kuitenkaan pysty käynnistämään uusien avuntarvitsijoiden apuja kuin vasta loppuvuodesta. Täten otettu yhteys kotiutustiimiin. Kotiutustiestä luvattu (apua hoitotoimenpiteeseen) huomisesta alkaen.”

Olen erottanut analyysissäni erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijän yhteistyön asiakkaan kotona asumisen tukemiseksi tai tuetumpaan asumisen paikkaan muuttamiseksi niistä potilaskertomuksista, joissa sosiaalityöntekijä käy jatkohoitopaikan sosiaalityöntekijän kanssa läpi sinne siirtyvän tai siirtyneen asiakkaan asioita. Erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijä käsittelee asiakkaan asioita tämän jatkohoitopaikan sosiaalityöntekijän kanssa kolmessa aineistoni potilaskertomuksessa. Tällainen asioiden läpikäyminen lienee erityisen tärkeää silloin, kun erikoissairaanhoidon ja jatkohoitopaikan sähköiset potilastietojärjestelmät eivät toimi yhteistyössä niin, että jatkohoitopaikan sosiaalityöntekijä näkisi suoraan erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijän potilaskertomukselle kirjaamat asiat. Alla olevassa katkelmassa erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijä jakaa tietojaan asiakkaan kotitilanteesta ja kotiutumiseen liittyvistä tavoitteista.

”Ak on yhteydessä (kunnan sairaalan nimi) sos.tt (nimi); käymme läpi potilaan kotitilannetta, mihin on tavoitteena ennen kotiin menoa järjestää riittävä määrä kotihoidon apua tai kotikuntoutuksen käyntejä. Sos.tt (nimi) lupaa selvittää asiaa.”

Kahdessa vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksessa sosiaalityöntekijä osallistuu asiakkaan asioissa käytävään hoitoneuvotteluun. Hoitoneuvotteluissa on läsnä asiakkaan ja sosiaalityöntekijän lisäksi asiakkaan läheinen tai läheisiä sekä osaston henkilökuntaa. Hoitoneuvotteluissa käsitellään asiakkaan asumista jatkossa. Hoitoneuvotteluiden kulun kirjaaminen sähköiseen potilasjärjestelmään ei ainakaan aineistoni perusteella näytä muotoutuneen erikoissairaanhoidon vanhuspsykiatrisen yksikössä sosiaalityöntekijän tehtäväksi. Toisessa potilaskertomuksessa sosiaalityöntekijä kuvailee hoitoneuvottelun kulua lyhyesti, toisessa sosiaalityöntekijä vain viittaa pidettyyn hoitoneuvotteluun ja siellä tehtyihin päätöksiin.

Neljäs aineistossani esiin noussut sosiaalityöntekijän sisältö yhteistyössä oli aluksi vaikea paikantaa ja käsitteellistää. Olen päätenyt nimeämään tämän neljännen sosiaalityön tehtävän *koordinoinniksi eri tahojen välillä* (n=15). Tarkoitan sillä sosiaalityöntekijän toimintaa, jolla hän pitää tilanteen eri osapuolia niin sanotusti ajan tasalla siitä, mitä parhaillaan tapahtuu ja mitä suunnitelmia tulevaisuuden varalle on

tehty. Koordinointitehtävää esiintyy sekä silmätautien että vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksissa. Yksinkertaisimmillaan koordinointitehtävä näyttäytyy seuraavassa aineistokatkelmassa, jossa erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijä ilmoittaa kunnan gerontologisen sosiaalityön sosiaalityöntekijälle yhteisen asiakkaan siirtyneen erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon muualle.

”Ilmoitettu puhelimitse gerontologisen sosiaalityön sos.tt (nimi) potilaan siirrosta pois (sairaalan nimi).”

Koordinointitehtävä aktivoituu aineistoni potilaskertomuksissa, joissa asiakkaan tilanne on monimutkainen, hänellä on lukuisia avuntarpeita ja hänen asiassaan on mukana monia eri toimijoita. Koordinointitehtävä näyttää aineistoni perusteella erityisen oleelliselta tilanteissa, joissa asiakkaan kotona pärjääminen herättää huolta tai joissa asiakkaalle ollaan hakemassa tuetumpaa asumispaikkaa. Tällaisissa tilanteissa on yleensä mukana monia asianosaisia, joita asian edistyminen kiinnostaa, mutta joita syystä tai toisesta ei saada istumaan saman pöydän ääreen keskustelemaan asiasta.

”Potilaan (lapsi), (lapsen nimi) soitti potilaan jatkosuunnitelmiin liittyen. Kerrottu eilisistä puhelinkeskusteluista (kunnan sairaalan nimi) sosiaalityöntekijän (nimi) ja (kunnan asumispalvelupaikka-asioista vastaavan työntekijän ammattinimike ja nimi) kanssa. Sovittu siis, että potilas odottaa tehdyn lähetteen perusteella siirtymistä (kunnan sairaalan nimi), jossa tehdään hakemus tehostettuun palveluasumiseen.”

Sosiaalityöntekijä toimii asiakkaan, läheisten, kunnallisten sosiaali- ja terveysten palveluiden toimijoiden, muiden erikoissairaanhoidon työntekijöiden ja muiden mahdollisten toimijoiden välisissä tiloissa. Hän pitää yhteyttä tilanteen osallisiin ja jakaa saamiaan tietoja näiden kanssa. Erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijä on aineistossani se henkilö, johon erikoissairaanhoidon muu henkilökunta on yhteydessä, jos he tuntevat huolta asiakkaan pärjäämisestä tai toivovat tämän tilannetta selvitetävän. Toisaalta myös asiakas, läheisverkosto ja kunnan työntekijät ovat aktiivisesti yhteydessä erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijään näissä asioissa. Sosiaalityöntekijä voi määrittyä myös asiakkaan tai läheisten puolesta puhujaksi – esimerkiksi eräässä vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksessa asiakkaan läheinen pyytää juuri sosiaalityöntekijää välittämään asiakkaan osaston henkilökunnalle toivomuksensa hoitoneuvottelun ajankohdasta.

Edellä erittelemieni sosiaalityön neljän sisällön tai tehtävän lisäksi aineistossani esiintyy myös joitakin hajanaisia mainintoja muunlaisesta sosiaalityöntekijän asiakkaan asioissa tekemästä työstä. Aineistoni

perusteella erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijä saattaa tehdä asiakkaan puolesta asioita, joiden ei välttämättä kuvittelisi kuuluvan tämän toimenkuvaan. Sosiaalityöntekijä esimerkiksi selvittelee kolmessa aineistoni potilaskertomuksessa asiakkaan terveydenhuollon ajanvarauksiin liittyviä asioita (n=3). Lisäksi yhdessä vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksessa sosiaalityöntekijä kartoittaa osastohoidossa olevan asiakkaansa tilanteen lisäksi myös tämän puolison tilannetta, vaikka puoliso ei sosiaalityöntekijän varsinainen asiakas olekaan. Tällaiset tehtävät eivät todennäköisesti tarkasti määritellen kuulu erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijän työnkuvaan, mutta niiden tekemisen myötä asiakkaan tilanne helpottuu. Ne ovat myös osoitus erikoissairaanhoidon sosiaalityön joustavuudesta sekä sen pyrkimyksestä saavuttaa päämääränsä: asiakkaan arjen sujuminen (esim. Korpela 2014, 132).

5.4 Rajatyö ja vastuu rajapinnoilla

Toimijoiden välisen yhteistyön lisäksi olen löytänyt aineistostani vastuiden sekä rajatyön kuvauksia, eli tapoja rajata omaa tai muiden työtä ja tehtäviä (ks. Gieryn 1983). Erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijä määrittelee aineistossani rajatyön keinoin omaa työnkuvaansa ja omia vastuutaan, mutta myös koko erikoissairaanhoidon yksikön työtä, tehtäviä ja velvollisuuksia. Vastuut ja rajatyö liittyvät siten tiiviisti yhteen. Aineistoni potilaskertomuksista rajatyö on luettavissa esimerkiksi niissä kohdissa, joissa sosiaalityöntekijä kirjoittaa suoraan jonkun asian tekemisen olevan toisen toimijan tehtävä, mutta myös niissä kohdissa, joissa sosiaalityöntekijä kertoo ohjanneensa asiakkaan toisen toimijan luokse. Toisen toimijan luokse ohjaaminen voi olla osoitus sosiaalityöntekijän vastuusta: hän ei itse osaa auttaa asiakasta asian suhteen, mutta antaa tiedon siitä, kuka osaa. Aineistossani sosiaalityöntekijä esimerkiksi ohjaa asiakkaita kuntoutusohjaajan luokse (n=3) näiden kysyessä apuvälineiden kaltaisista asioista, jotka eivät kuulu sosiaalityöntekijän asiantuntijuuden ydinalueeseen.

Sosiaalityöntekijä määrittelee potilaskertomuksissa sitä, koska hänen osuutensa jonkin asiakkaan asioihin liittyvän tehtävän parissa päättyy. Alla olevassa sitaatissa sosiaalityöntekijä kirjaa keskustelleensa asiakkaan edunvalvonnan tarpeesta muun vanhuspsykiatrian yksikön moniammatillisen työryhmän sekä asiakkaan läheisen kanssa. Kun sosiaalityöntekijä on näin keskustellut asiasta ja lähettänyt maistraattiin ilmoituksen edunvalvonnan tarpeesta ilmeisesti olevasta henkilöstä, päättyvät hänen mahdollisuutensa

vaikuttaa asian etenemiseen. Sosiaalityöntekijän sijaan maistraatti ja sen työntekijät ovat nyt vastuussa asian selvittämisestä ja ratkaisemisesta.

”Potilaan edunvalvonnasta keskusteltu jo aiemmin osaston työryhmässä ja nyt omaisen kanssa; ak lähettää ilmoituksen potilaan edunvalvonnan tarpeesta maistraattiin ja asian selvittely jatkuu siellä.”

Sosiaalityöntekijä määrittelee useissa kohdissa myös koko erikoissairaanhoidon yksikön rajanvetoja. Näin tapahtuu esimerkiksi potilaskertomuksessa, jossa silmätautien yksikön sosiaalityöntekijä ohjaa asiakkaan keskustelemaan omalääkärin kanssa keskusteluavusta, jota somaattinen erikoissairaanhoidon yksikkö ei asiakkailleen lähtökohtaisesti tarjoa. Tällaisessa tilanteessa asiakkaan ohjaaminen toisen toimijan luokse osoittaa sosiaalityöntekijän tuntevan vastuuta siitä, että asiakas saa jostain tarvitsemansa avun. Asiakkaan ohjaaminen toisen toimijan luokse on kuitenkin mahdollista tulkita myös tämän poiskäännyttämiseksi.

”Ohjattu omalääkärin kanssa keskustelemaan ulkopuolisesta henkisestä tuesta, sillä mieliala ollut alavireinen.”

Sosiaalityöntekijä rajaa oman työnsä ja yksikkönsä tehtäviä myös tuomalla esiin sen, että joidenkin asioiden tekeminen, kuten tuetun asumispaikan hakeminen asiakkaalle, ei yksinkertaisesti kuulu heidän tehtäviinsä.

”Potilas odottaa jatkohoitopaikkaa (kunnan sairaalan nimi), mistä käsin hänelle haetaan tuettua asumis/hoitopaikkaa.”

Kolmessa aineistooni kuuluvassa potilaskertomuksessa sosiaalityöntekijä ohjaa asiakkaan pyytämään lääkärinlausuntoa terveyskeskuksen omalääkäriltä tai hoitajalta. Näissä tapauksissa asiakkaan tilanteesta ei ilmeisesti voida tai sitä ei ole haettavan etuuden kannalta järkevää kirjoittaa erikoissairaanhoidon toimipisteestä käsin. Lääkärit ovat lääkärinlausuntoasioissa asiantuntijoita, jotka vetävät viime kädessä rajan sen suhteen, kenelle sairaalasta voidaan kirjoittaa lääkärinlausunto. Seuraavassa aineisto-otteessa sosiaalityöntekijä kirjaa keskustelleensa lääkärin kanssa asiakkaan lääkärinlausuntopyynnöstä, jonka suhteen lääkäri päätyi siihen, ettei lausuntoa voi kyseisestä erikoissairaanhoidon yksiköstä kirjoittaa. Sosiaalityöntekijä puolestaan ilmoittaa lääkärin päätöksen asiakkaalle ja ohjaa tämän ottamaan yhteyttä kunnan terveyspalveluihin.

”Keskusteltu tilanteesta lääkäri (nimi) kanssa. (Näkökyvyn arviointia) eli ei näkökyvyn takia perusteita todistukseen. Muista sairauksien aiheutt. liikuntaongelmista ei sairauskertomustietoja käytettävissä. Ts. lausuntoa ei ole kirjoitettavissa täältä. Ohjattu ottamaan yhteys omalle terveysasemalle joko hoitajaan tai lääkäriin em. lausuntoasiassa.”

Rajatyön lisäksi olen etsinyt aineistostani myös toimijoiden vastuihin liittyviä mainintoja. Seuraavassa aineisto-otteessa on nähtävillä monia eri toimijoiden vastuita. Yksikön lääkäri tuntee huolta asiakkaan pärjäämisestä kotona ja ottaa sen vuoksi yhteyttä sosiaalityöntekijään. Lääkärin tilannearvion mukaan asiakkaalla ei kuitenkaan ole akuuttia hätää. Sosiaalityöntekijä kertoo huolen eteenpäin kunnan kotihoitoon, josta luvataan järjestää jo samaksi illaksi paikalle joku tarkistamaan asiakkaan tilannetta, ja seuraavalle päivälle kunnollinen kartoituskäynti. Myös asiakkaan oma vastuu nousee esiin. Kotiapuja ei voida tarjota ikääntyneellekään asiakkaalle väkisin, eli asiakkaan on itse haluttava ottaa apua vastaan; jos asiakas ei suostu ottamaan apua vastaan, ei kotihoito voi häntä auttaa.

”(Poliklinikan nimi) lääkäri (nimi) yhteydenotto. Asiakkaalla äkillinen näön heikkeneminen ja siksi pärjäämisvaikeuksia kotona. --- Lääkärin arvion mukaan taksilla voi mennä kotiinsa ja välitöntä avuntarvetta ei ole. --- Otettu yhteys (kunnan kotihoidon työntekijän nimi). Hän lupasi järjestää, että tänään illalla käy (palvelutalon nimi) joku katsomassa asiakasta. Huomenna kotihoito selvittelee ja kartoittaa asiakkaan kanssa, mitä apuja tarvitsee ja haluaa ottaa vastaan.”

Asiakkaan tai läheisen kanssa käsiteltyjen asioiden ja mahdollisesti tehtyjen sopimusten sekä yhteistyötahojen kanssa käytyjen keskusteluiden kirjaaminen potilastietojärjestelmään on oleellinen osa sosiaalityötä terveydenhuollossa. Dokumentointia säätelee erikoissairaanhoidon organisaation omien ohjeiden lisäksi kansallinen lainsäädäntö, joka määrittelee esimerkiksi sitä, kuinka nopeasti työntekijän on tehtävä kirjaukset potilastietojärjestelmään (ks. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 8 §). Dokumentointi näyttäytyy aineistossani myös keinona osoittaa vastuuta. Potilaskertomuksen avulla sosiaalityöntekijä voi tarvittaessa myöhemmin todistaa esimerkiksi keskustelleensa asiakkaan kanssa jostain asiasta, pyytäneensä lääkärinlausuntoa tai lähettäneensä asiakkaan toiveesta hakemuksen eteenpäin päätöksen tekeväälle taholle. Aineistossa onkin lukuisia seuraavan esimerkin kaltaisia kirjauksia, joissa sosiaalityöntekijä toteaa lähettäneensä hakemuksen, lääkärinlausunnon tai molemmat kunnan palveluihin tai Kelaan.

”Vaikeavammaisten kuljetuspalvelusta lähetetty hakemus (kunnan nimi) vammaispalveluun. Liitteenä epikriisi.”

Dokumentointi toimii muistin tukena, mutta myös työntekijöiden oikeusturvana. Alla olevassa esimerkissä sosiaalityöntekijä osoittaa kirjauksessa käyttäytyneensä vastuullisesti ehdottaessaan aistivammaiselle ja liikuntavaikeuksista kärsivälle asiakkaalle Kela-taksin käyttöä linja-autolla kulkemisen sijaan. Samalla sosiaalityöntekijä rakentaa itselleen keinon suojautua mahdollisilta syytöksiltä, joita hän voisi saada, jos asiakkaalle tapahtuisi jotain tämän poistuessa sosiaalityöntekijän vastaanotolta linja-autolla. Kyseinen teksti on kirjoitettu neutraalisti, mutta se saattaa myös olla sosiaalityöntekijän keino ilmaista tuntemaansa huolta asiakkaasta muille tekstiä lukeville työntekijöille.

”Ehdotettu kelataksin tilaamista, mutta asiakas kokee reitin turvallisiksi ja tutuksi ja haluaa mennä bussilla.”

Sosiaalityöntekijät eivät erikoissairaanhoidossakaan pysy ikuisesti samoina, vaan työntekijät vaihtuvat ja pitävät erilaisia vapaita, joiden aikana heidän tehtäviään hoitaa joku muu. Eräässä aineistooni kuuluvassa potilaskertomuksessa on mielenkiintoinen kohta, jossa vakituisen työntekijän sijainen tapaa asiakkaan. Sijainen kartoittaa asiakkaan tilannetta ja lupaa jättää vakitukselle sosiaalityöntekijälle viestin siitä, että asiakkaalle tulisi hakea hoitotukea. Tässä potilaskertomuksessa vakituinen työntekijä mitä ilmeisimmin saa viestin ja asiakkaalle haetaan hoitotukea. Vakituisen työntekijän ja sijaisen välinen rajapinta voi kuitenkin olla myös ongelmallinen, jos tieto asiakkaiden tarpeista ja sovituista asioista kulkee heidän välillään heikosti.

Aineistossani erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijällä on asema asiakkaan tilanteen kartoittajana ja erilaisten etuuksien ja palveluiden kriteerin ja hakemisprosessien asiantuntijana. Tällainen asiantuntijan asema vaatii työntekijältä sen, että hän todella tuntee kriteerit ja prosessit. Tietämätön työntekijä voi aiheuttaa asiakkaalle vahinkoa väittäessään, ettei tällä vaikkapa ole oikeutta tarvitsemaansa ja arkea helpottavaan palveluun, vaikka todellisuudessa asiakkaan tilanteessa palvelun kriteerit täyttyvät. Kun sosiaalityöntekijä on aineiston perusteella etuuksien ja palveluiden asiantuntija, asiakas paikantuu vastavasti aineistossa etuuksien ja palveluiden tarpeellisuuden ja sopivuuden tietäjäksi.

”Kerrottu (apuvälineestä), mutta eivät koe tarpeelliseksi, koska ei liiku kodin ulkopuolella yksin ja kotona sisällä pärjää muutenkin.”

Asiakkaan asiantuntijuutta omien tarpeidensa tuntijana voi olla vaikea vastustaa. Lisäksi asiakas voi kieltäytyä melko vapaasti kaikesta hänelle tarjotusta avusta. Aina avusta tai palvelusta kieltäytyminen ei määrity ongelmaksi, mutta joissain tilanteissa sosiaalityöntekijä joutuu etsimään tilanteeseen uusia ratkaisuja. Sosiaalityöntekijä ei esimerkiksi voi pakottaa täysi-ikäistä, aikuista ihmistä, jota ei ole erikseen julistettu vajaavaltaiseksi, maksamaan tälle tulleita laskuja. Sen sijaan sosiaalityöntekijä voi etsiä ratkaisuja asiakkaan lähipiiristä tai edunvalvonnasta.

”Potilas on nyt toistamiseen kieltäytynyt allekirjoittamasta hänen osastolle toimitettuja erääntyneitä laskujaan. Ak on (päivämäärä) keskustellut asiasta myös (asiakkaan lapsen) kanssa --- Potilas tarvinnee jatkossa edunvalvojan hoitamaan taloudellisia asioitaan.”

Vaikka erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijät antavat ohjausta, neuvontaa ja apua sekä ohjaavat asiakkaita tarvittaessa muiden työntekijöiden luokse, eivät he voi tehdä kaikkea, vaan asiakkaiden odotetaan kantavan tilanteestaan niin paljon vastuuta kuin he pystyvät. Erityisesti silmätautien yksikön aineistossa hyväkuntoisempien asiakkaiden odotetaan tekevän itse monia asioita, kuten hakeutuvan tarvittaessa myös terveyskeskuksen omalääkärin vastaanotolle tai, kuten alla olevassa aineisto-otteessa, toimittavan hakemuksia ja lausuntoja eteenpäin palvelun saadakseen.

”Kerrottu (äänikirjapalvelun nimi) palveluista ja ohjattu lähikirjastossa ilmoittautumaan lainaajaksi. (Merkin nimi)-kuuntelulaitteen lainauksesta hakemus tehtiin nyt myös. Toimittaa sen ja todisteen näkövammasta eteenpäin itse ilmoittauduttuaan lähikirjastossa lainaajaksi.”

Aineistoni mukaan erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijä tarjoaa apua esimerkiksi hakemusten täyttöön ja postittamiseen tarvittaessa. Silloin, jos asiakas on itse siihen kykenevä, hänen kuitenkin odotetaan hoitavan asioitaan itse. Asiakkaiden lisäksi myös näiden läheiset joko ottavat tai heille annetaan vastuuta etuuksien ja palveluiden hakemisesta.

”Kerrottu eläkettä saavan hoitotuesta. Käyty hakemusta alustavasti läpi ja (asiakkaan läheinen) lupaa täyttää hakemuksen.”

Osa aineistossani esiintyvistä läheisistä kantaa asiakkaista ja heidän arkielämänsä sujumisesta päivittäistä, jopa jatkuvaa vastuuta. Osassa potilaskertomuksista kuvataan hyvinkin tarkasti, kuinka asiakkaan puoliso tai muu läheinen auttaa tätä monessa, jopa kaikissa elämän normaaleissa askareissa.

”Kodin ulkopuolella ei liiku yksin lainkaan. Vain puolison saattamana. Puoliso hoitaa kauppa-asiat ja muut asioinnit sekä laittaa ruuan ja huolehtii muusta kodinhoidosta. Asiakas syö itse, kun annos laitettu valmiiksi. Puoliso on laittanut silmätipat.”

En ole löytänyt aineistostani asiakkaan läheisiä varsinaisesti vastuuttavia kirjauksia, joissa esimerkiksi todettaisiin kotiutuvan asiakkaan huolenpidon olevan läheisen tehtävä. Näiden kirjausten puute ei tosin tarkoita sitä, etteivätkö läheiset olisi kokeneet joutuvansa ottamaan liikaa vastuuta ikääntyneestä asiakkaasta.

Sosiaalityöntekijän, asiakkaan ja läheisten vastuiden lisäksi olen paikantanut aineistosta myös muiden toimijoiden vastuuta. Hoitavalla lääkäriellä on sairaalan moniammatillisessa ympäristössä lopullinen vastuu asiakkaan hyvinvoinnista ja terveydentilasta. Lääkäriellä on sen vuoksi vastuu ja velvollisuus arvioida asiakkaiden kuntoa, ja ottaa tarvittaessa yhteyttä muihin tahoihin lisäävun saamiseksi asiakkaalle, kuten eräässä aiemmassa esittämässäni aineistokatkelmassa tapahtui.

Erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijä ei yleisesti ottaen voi myöntää asiakkaalle etuuksia tai palveluita, vaan niitä on haettava esimerkiksi kunnalta tai Kelalta. Jonkinlaisia vastuun kysymyksiä on tulkittavissa yhteistyöstä näiden päätöksiä tekevien toimijoiden kanssa. Esimerkiksi alla olevassa lainauksessa erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijä siteeraa kunnan vammaispalveluiden sosiaalityöntekijän kertomaa:

”(Kuljetuspalvelun lisäpalvelu) on harkittavissa, jos se välttämätön matkan onnistumisen kannalta. Tätä varten tarpeen lääkärin suositus.”

Lisäpalvelun hakemista varten tarvitaan lääkärinlausunto, jonka sosiaalityöntekijä pyytääkin lääkäriltä ja myöhemmin SOS-näkymälle kirjoitetun tekstin mukaan lähettää eteenpäin kunnan vammaispalveluihin. Vammaispalveluiden sosiaalityöntekijä ei kuitenkaan ole luvannut palvelua, vaan sitä harkitaan lääkärinlausunnon ja asiakkaan muun tilanteen – ehkä myös kunnan antamien omien ohjeiden ja määrärahojen riittävyyden – perusteella. Erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijä ja muut sairaalan toimijat voivat auttaa asiakasta vain johonkin pisteeseen saakka.

Sosiaalityöntekijä on aineistossani yhteydessä kotihoitoon niiden kotona asuvien asiakkaiden asioissa, joiden kotona pärjääminen herättää huolta sairaalassa tai läheisissä. Kotihoito voi jakaa tämän huolen. Kotona asuva asiakas voi olla niin huonossa kunnossa, että on jopa itselleen vaaraksi esimerkiksi mui-
tiongelmiensa vuoksi.

”Lähimuistin heikkous vaikeuttaa pärjäämistä. --- Turvallisuusasiat huolettavat. Asiakas edelleen lämmittää kotinsa uunia itse. (Asiakkaan lapsi) kertoo hiilien tipahtaneen lattialle. --- Myös saunassa käy itse, mikä aiheuttaa huolta (asiakkaan lapsissa). Iltalääkkeitä melko usein unohtuvat ottaa. --- Asiakas on ollut intervallipaikalla vanhainkodissa muutaman kerran. Hakenneet pysyvää paikkaa, mutta vielä pidetty liian hyväkuntoisena. --- Sovitusti otettu yhteys (kunnan nimi) kotihoitoon. Siellä on myös todettu huoli asiakkaan tilanteesta. Nyt aikaistetaan hoitoneuvottelua.”

Nykyinen vanhuspolitiikka korostaa kotona asumista mahdollisimman pitkään ja on asettanut laitoshoidon viimesijaiseksi vaihtoehdoksi. Yllä kuvatussa tilanteessa sekä asiakkaan läheiset että kotihoito ovat huolissaan asiakkaasta ja tämän turvallisuudesta kotona. Asiakkaalle on haettu pysyvää, ilmeisesti ympärivuorokautista hoitoa tarjoavaa asuinpaikkaa, mutta tätä on pidetty siihen liian hyväkuntoisena. Tällainen eettisesti melko kestämaton tilanne pakottaa kysymään, kenen olisi vastuu tilanteessa, jossa muistamaton asiakas todella vaikkapa aiheuttaisi tulipalon kotonaan.

5.5 75 vuotta täyttäneet erikoissairaanhoidon asiakkaat sosiaalityöntekijöiden teksteissä

Aineistoani analysoidessani olen huomannut, että asiakkaiden ikä tai sen merkitys eivät nouse auki kirjoitettuna esiin sosiaalityöntekijöiden potilaskertomuksille kirjoittamissa teksteissä. Ikä itsessään ei määritä avun tai tuen tarpeen syyksi tai yhteistyön käynnistäjäksi. Asiakkaan ikä nousee keskeiseksi teemaksi vain yhdessä potilaskertomuksessa, jossa asiakas on saanut kunnan vammaispalveluista kielteisen päätöksen palvelusta. Vammaispalveluiden tekemän päätöksen perusteluissa vedotaan siihen, että asiakkaan vamma on iän mukanaan tuoma. Asiakkaiden ikä on potilaskertomuksissa vaiettu asia, joka kuitenkin vaikuttaa taustalla asiakkaan tilanteeseen.

Erikoissairaanhoitoon tullaan yleensä asiakkaiksi sairauden tai vamman vuoksi. Siksi väliaikaisesti tai pysyvästi heikentynyt toimintakyky lienee suurta osaa erikoissairaanhoidon asiakkaita määrittävä tekijä, ei vain ikääntyneille asiakkaille ominainen asia. Ikääntyneiden asiakkaiden toimintakyvyn heikkenemiseen liittyy kuitenkin erityisiä kysymyksiä. Pääosin ikääntyneille ihmisille ominaisina pidetyt muistiongelmien nousevat aineistossani esiin yhtenä toimintakyvyn heikentymisen alalajina ja syynä yhteistyön

tarpeelle. Joissain potilaskertomuksissa sosiaalityöntekijä kuvailee asiakasta ”virkeäksi” ja tuo näin esiin sitä, että kyseisellä asiakkaalla ei iästään huolimatta ole muistiin liittyvää ongelmatiikkaa. Ihmisen toimintakykyyn vaikuttaa hänen nykyisen tilanteensa lisäksi myös eletty elämä ja menneet elintavat (Green 2010, 187). Ikääntyneiden ihmisten kohdalla menneisyyden vaikutus on erityisen painava, onhan heillä takanaan kymmeniä elinvuosia. Aineistossani esiintyvät asiakkaat ovat syntyneet kovin erilaisessa Suomessa ja todistanee vuosien varrella monia muutoksia yhteiskunnassa.

Aineistoani voi lukea ikääntymisen mukanaan tuomien biologisten ja psykologisten muutosten ja toisaalta erilaisten sosiaaligerontologisten teorioiden kautta. Aineistossani on merkkejä sekä ikääntyneiden raihnaisuudesta että aktiivisuudesta. Erikoissairaanhoidon ja sairauksien kontekstissa ikääntyneet asiakkaat näyttäytyvät aineistossani heikkoina, sairaina ja tarvitsevinä, joissain potilaskertomuksissa myös passiivisina ja äänettöminä. Osa asiakkaista ei enää kykene tekemään asioita, jotka tuntuvat itsestään selviltä arjen toimilta.

”Juoman kaataminen ei suju enää itseltä.”

Toisaalta ikääntyneet asiakkaat osoittavat aineistossa omatoimisuutta, kykenevyyttä ja toivetta olla riippumaton muista. Heiltä odotetaan omatoimisuutta ja vastuun ottamista omien asioidensa hoidosta mahdollisuuksien mukaan – asiakkaan on esimerkiksi itse käytävä kirjastossa liittymässä äänikirjapalvelun lainaajaksi tai suostuttava allekirjoittamaan laskunsa, jotta sosiaalityöntekijä voi ne lähettää pankin maksupalveluun. Aineistossani näkyy myös ikääntyneiden neuvokkuus heikentyneen toimintakyvyn osa-alueiden kompensoimisessa. Asiakas voi ratkaista heikentyneen toimintakyvyn aiheuttamia ongelmia ja avun tarpeita esimerkiksi välttelemällä joitain tilanteita tai käyttämällä apuvälineitä.

”WC-käynnit sujuu omatoimisesti, kun WC:hen on laitettu tukikahvoja.”

Erikoissairaanhoidon sosiaalityön 75 vuotta täyttäneet asiakkaat eivät aineistossani sovi tiukasti minkään yksittäisen ikääntymistä kuvaavan teorian tai näkökulman alle. Sen sijaan asiakkaat sijoittuvat aktiivisuuden ja tarvitsevuuden sekä toisaalta hyvän ja heikon toimintakyvyn jatkumoiden eri kohtiin. Lisäksi yksittäinen asiakas voi tarvita jossain asiassa, kuten taloudellisten asioiden hoidossa paljon apua, mutta toisaalta osaa kysyä aktiivisesti ja tietää paljon esimerkiksi erilaisista sosiaaliturvaan kuuluvista asioista. Kaikki erikoissairaanhoidon asiakkaat eivät tapaa sosiaalityöntekijää, ja on todennäköistä, että erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijän luokse saattavat usein ohjautua juuri heikoimmassa kunnossa olevat asiakkaat sekä ne asiakkaat, joiden elämäntilanteet ovat kaikkein monimutkaisimmat.

6 YHTEENVETO JA POHDINTA

Tutkimukseni tavoitteena on ollut selvittää, mitä on erikoissairaanhoidon sosiaalityön rajapinnoilla tehtävä työ 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden kohdalla. Olen pyrkinyt vastaamaan tähän kysymykseen tutkimalla erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden potilaskertomuksiin kirjoittamia tekstejä ja etsimällä niistä sosiaalityöntekijöiden yhteistyökumppaneita, yhteistyön syitä ja sosiaalityön sisältöjä tehtävässä yhteistyössä sekä tarkastelemalla niissä esiintyvää rajatyötä ja vastuuta. Aineistoni on kerätty erään erikoissairaanhoidon antavan sairaalan silmätautien ja vanhuspsykiatrian yksiköistä.

Tutkimustulosteni perusteella erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden yhteistyökumppaneita 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden asioissa ovat asiakas itse, tämän lähiverkosto, kunnalliset sosiaali- ja terveyspalveluiden toimijat sekä muut erikoissairaanhoidon työntekijät, joiden joukosta yksittäisenä ammattiryhmänä erottuvat lääkärit. Lisäksi sosiaalityöntekijät tekevät jonkin verran yhteistyötä muiden toimijoiden, kuten Kelan, maistraatin tai asiakkaan laskuttajien, kanssa. Aineistoni perusteella lähiverkosto on merkittävä toimija ikääntyneiden asiakkaiden asioissa, ja läheiset myös ottavat vastuuta asiakkaiden hoivasta ja hyvinvoinnista. Läheisten ja asiakkaiden mielipiteet ja toiveet eivät kuitenkaan aina kohtaa. Asiakkaan ja läheisten mielipiteet voivat erota erityisesti elämän merkittäviin siirtymäkohtiin, kuten tuestaan asumismuotoon muuttamiseen, liittyvissä asioissa. Tällaisissa tilanteissa vaaditaan sosiaalityöltä herkkyyttä ja taitoa nostaa kuuluviin myös asiakkaan ääni, jos se uhkaa jäädä läheisen äänen alle.

Silmätautien ja vanhuspsykiatrian yksiköiden välillä on selvä ero sosiaalityöntekijöiden tekemässä yhteistyössä kunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden toimijoiden kanssa: silmätautien yksikön aineistossa sosiaalityöntekijä tekee yhteistyötä kunnan kotihoidon ja kotiutustiimin sekä vammaispalveluiden kanssa. Silmätautien yksikön potilaskertomuksissa sosiaalityöntekijä ei tee kertaakaan yhteistyötä kunnan asumispaikka-asioita selvittävän työntekijän tai kunnan jatkohoitopaikan sosiaalityöntekijän kanssa, jotka puolestaan ovat vanhuspsykiatrian yksikössä melko näkyvä yhteistyökumppanien ryhmä. Olen selittänyt tätä eroa sillä, että silmätautien poliklinikka-asiakkaiden asioissa kotihoito on asumispaikka-asioita selvittelevää työntekijää luontevampi vaihtoehto. Lisäksi vanhuspsykiatrian yksikön vuodeosastohoidossa olevat asiakkaat joutuvat usein siirtymään erikoissairaanhoidon hoitojakson jälkeen kunnan järjestämään jatkohoitoon tai muuttamaan pysyvästi tuetumman asumisen piiriin itsenäisen kotona asumisen muuttuessa mahdottomaksi. Tämä ero tutkimieni yksiköiden välillä näkyy myös yhteistyön syitä tutkittaessa.

Tutkimuksessani erikoissairaanhoidon sosiaalityön rajapintoja ylittävän yhteistyön syiksi paikantuvat asiakkaan heikentynyt toimintakyky, asiakkaan etuuksien, palveluiden tai apuvälineiden tarve, asiakkaan asuminen ja jatkohoito sekä asiakkaan kotona pärjäämisen arviointi. Nämä syyt myös paikoitellen kietoutuvat yhteen: etuuksien, palveluiden ja apuvälineiden sekä asiakkaan kotona pärjäämisen tai asumisen paikan pohtimisen tarve voivat johtua asiakkaan toimintakyvyn heikentymisestä. Asiakkaan heikentynyt toimintakyky nousi esiin lähes jokaisessa aineistooni kuuluvassa potilaskertomuksessa (n=25). Silmätautien yksikössä heikentyneen toimintakyvyn tärkeimmäksi tekijäksi nousi odotetustikin aistien heikentyminen tai aistivamma, kun taas vanhuspsykiatrian yksikön asiakkaiden kohdalla heikentynyt toimintakyky näkyi taloudellisen toimintakyvyn rapistumisena ja jonkin verran myös muistin ongelmina.

Sosiaalityön sisältöjen osalta tutkimustulokseni tukevat aiempien tutkimusten tuloksia gerontologisesta ja terveydenhuollon sosiaalityöstä. Gerontologinen sosiaalityö on aiemmassa tutkimuksessa määrittynyt muun muassa asiakkaan tilanteen arvioimiseksi, sijoittamistyöksi, neuvonnaksi ja ohjaamiseksi, tiedonhankinnaksi ja selvittelyksi, asianajoksi sekä laaja-alaiseksi yhteistyöksi, jossa sosiaalityöntekijä toimii asiakkaan, lähiverkoston ja ammattilaisten välisenä neuvottelijana (Lymbery 2005, 152–153; Ray & Phillips 2012, 126; Salonen 2007, 56–57; Tanner & Harris 2008, 68; Ylinen 2008, 120). Terveydenhuollon sosiaalityössä työ koostuu moniammatillisen sekä verkostojen kanssa työskentelyn, asiakkaan tilanteen kartoittamisen ja arvioinnin sekä etuuksiin ja palveluihin liittyvän ohjauksen ja neuvonnan lisäksi asiakkaan jatkohoidon selvittelystä ja järjestämisestä sekä asiakkaan psykososiaalisesta tukemisesta. Terveydenhuollon sosiaalityön tavoitteena on lisätä asiakkaan voimavaroja ja arjen sujuvuutta. (Korpela 2014, 127–128, 132; Terveys- ja sosiaalityön palvelujen dokumentointi. Ohje rakenteiseen kirjaamiseen sähköisissä potilasjärjestelmissä 2014, 4.)

Aineistossani sosiaalityön sisällöiksi yhteistyössä paikantuvat etuuksiin, palveluihin ja apuvälineisiin sekä taloudellisiin asioihin liittyvä ohjaus, neuvonta ja avustaminen, asiakkaan tilanteen kartoittaminen ja arviointi, asumisen tukemiseen ja jatkohoitoasioihin liittyvä selvittely sekä koordinointi eri tahojen välillä. Etuuksien ja palveluiden hakemiseen liittyvä työ esiintyy aineistossani sekä sosiaalityön antamana ohjauksena ja neuvontana että konkreettisena apuna esimerkiksi hakemusten täyttämässä. Aineistossani asiakkaille annetaan näiden kunnon ja kykyjen mukaan vastuuta asioidensa hoitamisesta; sosiaalityöntekijä näyttää avustavan esimerkiksi hakemuksen täyttämässä vain, jos asiakas ei siihen itse kovin hyvin pystyisi tai jos tämä nimenomaisesti pyytää apua lomakkeen täyttämiseen. Monessa potilaskertomuksessa asiakkaan läheinen lupautuu auttamaan asiakasta hakemuksen täyttämässä.

Sosiaalityöntekijä asemoituu tutkimustuloksissani etuuksien ja palveluiden kriteerien ja hakemisprosessien asiantuntijaksi. Sosiaalityöntekijällä on tietoa myös apuvälineistä, joskin varsinainen apuvälineisiin liittyvä asiantuntijuus näyttää aineistossani kuuluvan kuntoutusohjaajalle tai fysioterapeutille, joiden luokse sosiaalityöntekijä tarvittaessa ohjaa asiakkaan. Asiakas saa aineistossa myös oman asiantuntija-aseman: asiakas on omien tarpeidensa ja tilanteidensa tietäjä. Asiakkaan asiantuntijuus voi kuitenkin myös horjua esimerkiksi hänen sairautensa vuoksi. Näissä tilanteissa sosiaalityöntekijä on yhteydessä asiakkaan läheisiin tai viralliseen tahoon esimerkiksi hakiessaan edunvalvojaa asiakkaalle. Asiantuntijuus tuo mukanaan myös vastuuaseman: sosiaalityöntekijällä on vastuu kertomiensa tietojen oikeellisuudesta, ja asiakkaalla ja läheisellä on vastuu annettujen neuvojen ja ohjeiden noudattamisesta.

Ohjaus, neuvonta ja avustaminen liittyvät silmätautien yksikön potilaskertomuksissa suurelta osalta eläkeläisille tai pitkäaikaissairaille tarkoitettujen etuuksien ja palveluiden sekä silmäsauroksien aiheuttamaa heikentynyttä näkökykyä kompensoivien apuvälineiden hankkimiseen. Vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksissa sosiaalityöntekijä käy niin ikään asiakkaiden ja näiden läheisten kanssa läpi joitain yleisesti eläkeikäisille tai pitkäaikaissairaille tarkoitettuihin etuuksiin, kuten eläkkeensaajan hoitotukeen tai asumistukeen, liittyviä asioita. Myös edunvalvonta palveluna ja keinona turvata asiakkaan taloudellisten asioiden hoito nousee esiin kolmasosassa (n=4) vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksista. Sen sijaan mielenterveyden häiriöihin ja niistä kuntoutumiseen liittyvistä palveluista ja etuuksista ei ole aineistoni potilaskertomuksissa mainintoja. Olen pohtinut sitä, johtuuko tämä siitä, että kyseiset palvelut tai etuudet eivät yksinkertaisesti ole sopineet aineistossani esiintyvien asiakkaiden tilanteisiin ja tarpeisiin. Toinen vaihtoehto on, että ikääntyneille tarkoitettuja mielenterveyspalveluita ja kuntoutukseen liittyviä etuuksia ei ole ollut saatavilla, eikä niistä sen vuoksi keskustella. Aineistoni onkin herättänyt minut pohtimaan sitä, riittääkö nykyisessä palvelujärjestelmässä resursseja ikääntyneiden ihmisten mielenterveyden ongelmien hoitoon ja kuntoutukseen.

Kuten aikaisemmassa tutkimuksessa (ks. Lymbery 2005, 152–153; Ray & Phillips 2012, 126; Salonen 2007, 56–57), myös omissa tutkimustuloksissani sosiaalityön rooli asiakkaan tilanteen kartoittajana ja arvioijana nousee merkittäväksi. Asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen kartoittaminen asiakkaan, läheisten, muiden erikoissairaanhoidon työntekijöiden, kunnallisten sosiaali- ja terveystalveluiden toimijoiden sekä muiden toimijoiden kanssa nousee aineistossani tärkeäksi osaksi erikoissairaanhoidon sosiaalityön asiakasprosessia. Asiakkaan tilanteen kartoittamiseen kuuluu esimerkiksi lähiverkostojen, etuuksien ja palveluiden sekä asumistilanteen läpi käyminen ja arvioiminen.

Tutkimustulosteni perusteella asumisen kysymykset ovat vahvasti läsnä erikoissairaanhoidon sosiaalityössä 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden kanssa. Sosiaalityöntekijä kartoittaa keinoja asiakkaan kotona asumisen tukemiseen ja toisaalta selvittelee asiakkaan mahdollisuuksia päästä asumaan toisenlaiseen asumismuotoon. Terveystieteiden sosiaalityötä yleisesti tutkittaessa asumisen kysymykset eivät ole nousseet vahvoina teemoina esiin (esim. Korpela 2014). Asumiseen liittyvät asiat vaikuttavatkin olevan nimenomaan ikääntyneiden asiakkaiden parissa tehtävässä terveydenhuollon sosiaalityössä tärkeä teema. Asumiseen ja asumisen paikkaan liittyy Salosen (2007, 56–57) sijoitustyöksi nimeämä gerontologisen sosiaalityön keskeinen painotus. Sijoitustyöllä hän tarkoittaa sosiaalityön roolia asiakkaiden siirtämisessä laitokseen tai laitoksesta takaisin kotiin.

Aineistoni silmätautien yksikön potilaskertomuksista vain yksi sisältää selvästi sosiaalityöntekijän tekemää sijoitustyötä, kun sosiaalityöntekijä selvittelee asiakkaan kotiutumiseen liittyviä asioita ja sitä, mitä kautta tämä saa tarvitsemaansa apua. Vanhuspsykiatrian yksikön potilaskertomuksissa sosiaalityön rooli ”sijoituksiin” liittyvissä asioissa määrittyy merkittävämmäksi. Sosiaalityöntekijä selvittelee monessa potilaskertomuksessa joko asiakkaan jatkohoitoon tai tämän tuettuun asumiseen siirtymiseen liittyviä seikkoja, vaikka erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijä ei teekään konkreettisesti päätöksiä siirroista: osastonlääkäri päättää asiakkaan jatkohoidon tarpeesta ja tekee tarvittaessa lähetteen kunnan jatkohoitopaikkaa varten, ja kunnan nimeämät työntekijät määrittelevät sen, voidaanko asiakkaalle hakea palveluasumisen tai ympärivuorokautisen hoidon paikkaa. Tässä palveluketjussa erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijän paikaksi määrittyy asiakkaan tilanteen selvittely ja sen saattaminen muiden toimijoiden tietoon, tiedon koordinoiminen eri toimijoiden välillä sekä mahdollisesti asiakkaan tai läheisen tukeminen tilanteessa.

Aineistossani ei kuvata varsinaista psykososiaalista työtä, joka on luokiteltu yhdeksi terveydenhuollon sosiaalityön keskeiseksi tehtäväksi (Korpela 2014, 128). Psykososiaalisen tuen puuttuminen aineistosta voi johtua siitä, että sosiaalityöntekijät eivät ole sitä tapaamiensa asiakkaiden tai läheisten kohdalla tehneet. Sosiaalityöntekijöiden on kuitenkin myös voinut olla vaikeaa sanoittaa psykososiaalisen tuen piiriin kuuluvia asioita potilaskertomukseen, jolloin annettu tuki on jäänyt tutkimuksessani piiloon.

Kaiken kaikkiaan erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden tekemä yhteistyö on tutkimukseni mukaan monipuolista ja runsasta: lähes kaikissa potilaskertomuksissa sosiaalityöntekijällä on ainakin kaksi yhteistyökumppania, ja keskimäärin sosiaalityöntekijällä on aineistoni potilaskertomuksissa neljä yhteistyökumppania. Toimijoiden laajassa verkostossa yhteistyön toimivuus onkin hyvin tärkeää. Aineistoni

ei ota kantaa siihen, miten asiakkaiden asiat lopulta sujuvat ja saavatko he tarvitsemansa avun. Osa potilaskertomuksista päättyy kirjaukseen, jossa asiakas siirtyy ympärivuorokautista hoitoa tarjoavaan asumispalvelupaikkaan, osassa asiakas siirtyy kunnan jatkohoitopaikkaan ja osassa jää avoimeksi se, miten kotihoito pystyy auttamaan ikääntynyttä asiakasta tämän vaikeassa kotitilanteessa. Aineistossani erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijä hoitaa asiakkaan asioita niin pitkälle kuin voi, mutta ei saa varmuutta siitä, miten asiat tulevat hoitumaan siitä edespäin.

Aineistossani nousevat epäsuorien mainintojen kautta esiin eri palveluiden reunaehdot. Erikoissairaanhoidon hoito vetää rajalinjoja sen suhteen, millaisia palveluita se voi asiakkailleen tarjota, mutta rajoja ja rajoitteita on muuallakin. Kunnallinen vammaispalvelu myöntää joitain palveluita harkinnalla, ja voi myös tehdä kielteisen päätöksen. Kotihoito taas ei pysty aloittamaan pyydettyä palvelua silmänräpäyksessä, ja jos asiakas kieltäytyy palvelusta, kotihoitoa ei voida aloittaa ollenkaan. Lisäksi kunnan asumispalveluista päättävät työntekijät voivat päätyä siihen, että asiakas ei ole tarpeeksi huonokuntoinen muuttamaan vanhainkotiin, vaikka samalla tämän läheiset ja kotihoidon työntekijät tuntevat huolta tämän pärjäämisestä ja turvallisuudesta. Aineistoni herätteleekin miettimään tilanteita, joissa yhteiskunnan tavoite, ikääntyneiden ihmisten asuminen mahdollisimman pitkään omassa kodissaan, ja yksilön etu asettuvat vastakkain: koti ei ole aina paras paikka, eivätkä kotihoidon avut aina riitä.

Kaikilla aineistossani esiintyvillä erikoissairaanhoidon ikääntyneillä asiakkailla on jokin fyysinen tai psyykkinen sairaus tai häiriö, jonka vuoksi he tarvitsevat erityiseksi ja vaativaksi luonnehditun erikoissairaanhoidon palveluita. Lähes kaikkien toimintakyky on heikentynyt ainakin jonkin verran. Taustalla ikääntyneiden nykyiseen toimintakykyyn ja terveydentilaan vaikuttavat myös näiden eletty elämä ja entiset elintavat. Vaikka aineistoni on kerätty erikoissairaanhoidosta, se ei kuitenkaan kuvaa ikääntyneitä asiakkaita pelkästään raihnaisina, passiivisina, riippuvaisina ja yhteisöstään irtaantuneina. Toisaalta aineistoni kuvaukset eivät myöskään asetu suoraan tukemaan käsitystä ikääntyneistä ihmisistä aktiivisina, jatkuvasti jaksavina ja pärjäävinä sairauden kanssa sinnittelijöinä. Sen sijaan asiakkaat sijoittuvat aktiivisuuden ja tarvitsevuuden jatkumon eri kohtiin. Tarvitsevuus ja riippuvuuskaan eivät ole välttämättä pahasta, vaan ne voidaan nähdä myös normaalina osana elämää (Juhila 2006, 155–157). Aineisto antaa ikääntyneistä sairanhoidon asiakkaista monimuotoisen kuvan, jossa on nähtävillä monipuolisesti eri ikääntymisen teorioiden osasia.

Aineistoni koostuu vain 27 potilaskertomuksesta, eli se ei ole kovin laaja. Siksi sen pohjalta on vaikea tehdä kovin vankkoja yleistyksiä. Lisäksi olen tutkinut ainoastaan niitä yhteistyön muotoja, jotka on kirjoitettu auki potilaskertomuksen SOS-näkymälle. Varsinkin vanhuspsykiatrian yksikön asiakkaiden kohdalla yhteistyötä on varmasti tehty ja tietoja vaihdettu erityisesti lääkärin, hoitajien tai muiden erikoissairaanhoidon työntekijöiden kanssa, vaikka sitä ei olekaan kirjoitettu näkyviin potilaskertomukseen. Terveystieteiden moniammatillinen tiimi rakentaa yhteistä tietoa sähköiseen järjestelmään dokumentoidun tiedon lisäksi erilaisissa kasvokkaisissa tapaamisissa (Isoherranen 2012, 123–126), joten kaikkea vaihdettua tietoa ei välttämättä kirjata potilaskertomukseen.

Tutkimustulokseni tarjoavatkin yleistettävän tiedon tai ”lopullisen totuuden” sijasta eräänlaisen poikkeileikkauksen siitä, mitä erikoissairaanhoidon sosiaalityön rajapinnoilla tehtävä työ voi olla. Jatkotutkimusehdotukseni onkin ikääntyneiden erikoissairaanhoidon asiakkaiden asioissa tehtävän rajapinnat ylittävän työn tutkiminen muillakin tavoilla kuin potilasasiakirjojen kautta. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöitä haastattelemalla tai muiden erikoissairaanhoidon ammattiryhmien tai kunnallisten toimijoiden ajatuksia tutkimalla voi ilmiöstä tavoittaa uudenlaisia ulottuvuuksia. Lisäksi sosiaalityön ja erityisesti ikääntyneiden kanssa tehtävän sosiaalityön suhdetta asumisen kysymyksiin voi olla hyvä ja tarpeellista kirkastaa jatkotutkimuksen keinoin.

LÄHDELUETTELO

- Aaltonen, Tarja & Henriksson, Lea & Tiilikka, Tiina & Valokivi, Heli & Zechner, Minna (2014) Vanhuksen hyvä elämä asiakirjoissa ja haastattelupuheessa. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 244–270.
- Airio, Ilpo & Blomberg, Helena & Kangas, Olli & Kroll, Christian & Niemelä, Mikko (2013) Täyden kansaneläkkeen saajien tulot ja kokemukset toimeentulosta. Teoksessa Ilpo Airio (toim.) Toimeentuloturvan verkkoa kokemassa. Kansalaisten käsitykset ja odotukset. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 142–167.
- Alasuutari, Pertti (2011) Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- Allen, Davina (2000) Doing occupational demarcation. The "boundary-work" of nurse managers in a district general hospital. *Journal of Contemporary Ethnography* 29(3), 326–356.
- Anttonen, Anneli & Zechner, Minna (2009) Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino, 16–53.
- Arber, Sara & Evandrou, Maria (1997) Mapping the territory. Ageing, independence and the life course. Teoksessa Sara Arber & Maria Evandrou (toim.) Ageing, independence and the life course. Lontoo: Jessica Kingsley Publishers, 9–26.
- Arki, arvot, elämä, etiikka (2013) Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. Helsinki: Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry.
- Banks, Sarah (2004) Ethics, accountability and the social professions. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Blomgren, Jenni & Martikainen, Pekka & Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo (2006) Ikääntyneiden saama epävirallinen ja virallinen apu Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 71(2), 167–178.
- Brown, Cynthia & Lowis, Michael J. (2003) Psychosocial development in the elderly. An investigation into Erikson's ninth stage. *Journal of Aging Studies* 17(4), 415–426.

Carpentier, Normand & Pomey, Marie-Pascal & Contreras, Ricardo & Olazabal, Ignace (2008) Social care interface in early-stage dementia. Practitioners' perspectives on the links between formal and informal networks. *Journal of Aging and Health* 20(6), 710–738.

Cumming, Elaine (1963) Further thoughts on the theory of disengagement. *International Social Science Journal* 15(3), 377–393. Teoksessa Susan A. McDaniel (toim.) *Ageing*. Volume 1. Lontoo: SAGE Publications, 121–136.

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.

Erikson, Erik (1980) *Identity and the life cycle*. New York: Norton.

Erikson, Erik (1998) *The life cycle completed*. Extended version with new chapters on the ninth stage by Joan M. Erikson. New York: Norton.

Fredriksson, Sami & Pelanteri, Simo (2014) *Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2012*. Tilastoraportti. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Geissler, Birgit & Pfau-Effinger, Birgit (2005) Change in European care arrangements. Teoksessa Birgit Pfau-Effinger & Birgit Geissler (toim.) *Care and social integration in European societies*. Bristol: The Policy Press, 3–19.

Gieryn, Thomas F. (1983) Boundary-work and the demarcation of science from non-science: strains and interests in professional ideologies of scientists. *American Sociological Review* 48(6), 781–795.

Glasby, Jon (2003) Bringing down the "Berlin Wall": the health and social care divide. *British Journal of Social Work* 33(7), 969–975.

Green, Lorraine (2010) *Understanding the life course*. Sociological and psychological perspectives. Cambridge: Polity Press.

Günther, Kirsi & Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi & Saario, Sirpa & Kaartamo, Riina & Kulmala, Anna (2013) *Asiakaslähtöisyys vakavaa mielen sairautta sairastavien nuorten aikuisten kuntoutuskurssilla*. Etnometodologinen tapaustutkimus. Tampere: Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry.

Haapola, Ilkka & Karisto, Antti & Seppänen, Marjaana (2012) Ikääntyvien köyhyys ja sen heijastumat hyvinvointiin. Teoksessa Katja Forssén, Irene Roivainen, Satu Ylinen & Jari Heinonen (toim.) *Kohtaako sosiaalityö köyhyyden?* Kuopio: UNIPress, 275–300.

Hall, Christopher & Slembrouck, Stef & Haigh, Emma & Lee, Anita (2010) The management of professional roles during boundary work in child welfare. *International Journal of Social Welfare* 19(3), 348–357.

Helminen, Sanna & Sarkeala, Tytti & Enroth, Linda & Hervonen, Antti & Jylhä, Marja (2012) Vanhoista vanhimpien terveys ja elämäntilanne – tuloksia vuoden 2010 Tervaskannot 90+ -tutkimuksesta. *Gerontologia* 26(3), 162–171.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko (2007) Tarve harkinnassa. Teoksessa Sakari Hänninen, Jouko Karjalainen & Kirsi-Marja Lehtelä (toim.) *Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaali-turva*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, 157–191.

Immonen, Tuula & Kiikkala, Irma (2007) Sopimaton systeemiin. Teoksessa Sakari Hänninen, Jouko Karjalainen & Kirsi-Marja Lehtelä (toim.) *Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaali-turva*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, 55–85.

Isoherranen, Kaarina (2012) Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista työtä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja, Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos.

Joukkoliikennelaki 13.11.2009/869.

Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.

Julkunen, Raija (2006) Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes.

Jyrkämä, Jyrki (2001) Vanheneminen ja vanhuus. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa*. Tampere: Vastapaino, 267–323.

Jyrkämä, Jyrki (2007) Toimijuus ja toimijatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus, 195–217.

Jyrkämä, Jyrki (2008) Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä. Hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehykseksi. *Gerontologia* 22(4), 190–203.

- Jyrkämä, Jyrki (2013) Kolmas ikä, sukupuoli ja toimijuus. Teoksessa Hanna Ojala & Ilkka Pietilä (toim.) *Miehistä puhetta. Miehet, ikääntyminen ja vanhenemisen kulttuuriset mallit*. Tampere: Tampere University Press, 89–114.
- Kalliomaa-Puha, Laura (2014) Slow-go ja no-go -kuluttajat markkinoilla. Teoksessa Anna Mäki-Petäjä-Leinonen & Liisa Nieminen (toim.) *Vanhuus ja oikeus*. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus, 323–352.
- Kansaneläkelaki 11.5.2007/568.
- Karisto, Antti (2002) Kolmannen iän käsitteestä ja sen käytöstä. *Gerontologia* 16(3), 138–142.
- Kaskiharju, Eija (2004) Vanhus, ikäihminen vai seniorikansalainen? *Gerontologia* 18(4), 277–281.
- Kiuru, Kaisa-Elina & Metteri, Anna (2014) Miten lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välinen raja rakentuu palvelujärjestelmässä? Teoksessa Anne Pohjola, Merja Laitinen & Marjaana Seppänen (toim.) *Rakenteellinen sosiaalityö*. Kuopio: UNIPress, 162–190.
- Korpela, Rauni (2014) Terveys- ja sosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 118–141.
- Krippendorff, Klaus (2013) *Content analysis. An introduction to its methodology*. Third edition. Los Angeles: SAGE Publications.
- Kröger, Teppo (2009) Hoivapolitiikan rajanvetoja. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) *Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino, 99–125.
- Kuusinen-James, Kirsi & Seppänen, Marjaana (2013) Ikääntyvät palvelusetelin käyttäjät valintatilanteissa: kuluttajia vai näennäiskuluttajia? *Janus* 21(4), 314–329.
- Kuusisto-Niemi, Sirpa & Rissanen, Sari & Saranto, Kaija (2011) Asiakastiedon käyttö sosiaalityön tutkimuksessa – eettinen näkökulma. Teoksessa Aini Pehkonen & Marja Väänänen-Fomin (toim.) *Sosiaalityön arvot ja etiikka*. Jyväskylä: PS-kustannus, 257–273.
- Kääriäinen, Aino (2003) Lastensuojelun sosiaalityö asiakirjoina. Dokumentoinnin ja tiedonmuodostuksen dynamiikka. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos.
- Laki eläkkeensaajan asumistuesta 11.5.2007/571.
- Laki holhoustoimesta 1.4.1999/442.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 28.12.2012/980.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki vammaisetaluista 11.5.2007/570.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä talveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380.

Laslett, Peter (1994) The third age, the fourth age and the future. *Ageing & Society* 14(3), 436–447. Teoksessa Susan A. McDaniel (toim.) *Ageing*. Volume 1. Lontoo: SAGE Publications, 102–112.

Leinonen, Anu (2001) Neuvotteluja perhevastuusta. *Janus* 9(3), 211–232.

Liikanen, Hanna-Liisa (2007) Gerontologisen sosiaalityön menetelmiä. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö*. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 69–91.

Linnosmaa, Ismo & Jokinen, Sari & Vilkkö, Anni & Noro, Anja & Siljander, Eero (2014) Omaishoidon tuki. Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja talveluista kunnissa vuonna 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 9/2014.

Lohiniva-Kerkelä, Mirva (2014) Iäkkään potilaan asema ja oikeudet terveyden- ja sairaanhoidossa. Teoksessa Anna Mäki-Petäjä-Leinonen & Liisa Nieminen (toim.) *Vanhuus ja oikeus*. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus, 145–172.

Lymbery, Mark (2005) *Social work with older people. Context, policy and practice*. Lontoo: SAGE Publications.

Marin, Marjatta (2001) Tarkastelukulmia ikään ja ikääntymiseen. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa*. Tampere: Vastapaino, 17–48.

Matarase, Maureen & Caswell, Dorte (2014) Accountability. Teoksessa Christopher Hall, Kirsi Juhila, Maureen Matarase & Carolus van Nijnatten (toim.) *Analysing social work communication. Discourse in practice*. Lontoo: Routledge, 44–60.

Metteri, Anna (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Tampere: Tampere University Press, Acta Universitatis Tamperensis 1778.

- Muhonen, Reetta & Ojala, Hanna (2004) Ajassa muuttuva kolmas ikä. *Gerontologia* 18(1), 10–17.
- Määttä, Anne (2012) Perusturvan poiskäännytyt. *Yhteiskuntapolitiikka* 70(2), 145–156.
- Niemelä, Pauli (2007) Vanhuus ja turvattomuus. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus, 167–179.
- Nikander, Pirjo & Zechner, Minna (2006) Ikäetiikka. Elämänkulun ääripäät, haavoittuvuus ja eettiset kysymykset. *Yhteiskuntapolitiikka* 71(5), 515–526.
- Perälä, Marja-Leena & Grönroos, Eija & Sarvi, Anu (2006) Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Raportteja 8/2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes.
- Pösö, Tarja (2010) Havaintoja suomalaisen lastensuojelun institutionaalisesta rajasta. *Janus* 18(4), 324–336.
- Rainio, Juha & Rätty, Tarja (2015) Somaattinen erikoissairaanhoito 2013. Tilastoraportti. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rantamaa, Paula (2001) Ikä ja sen merkitykset. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa*. Tampere: Vastapaino, 49–95.
- Rauhala, Pirkko-Liisa & Virokannas, Elina (2011) Sosiaalityön tutkimuksen etiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa Aini Pehkonen & Marja Väänänen-Fomin (toim.) *Sosiaalityön arvot ja etiikka*. Jyväskylä: PS-kustannus, 235–255.
- Raunio, Kyösti (2009) Olennainen sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Ray, Mo & Phillips, Judith (2012) *Social work with older people*. Fifth edition. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Salonen, Kari (2007) Ammattitaito ja kompetenssi gerontologisessa sosiaalityössä. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus, 53–68.
- Sarvimäki, Anneli & Heimonen, Sirkkaliisa & Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna (2010) *Vanhuus ja haavoittuvuus*. Helsinki: Edita.

Sarvimäki, Anneli & Heimonen, Sirkkaliisa (2010) Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa Anneli Sarvimäki, Sirkkaliisa Heimonen & Anna Mäki-Petäjä-Leinonen (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 14–32.

Seppänen, Marjaana (2006) Gerontologinen sosiaalityö. Katsaus lähtökohtiin, nykytilaan ja tulevaisuuteen. Helsinki: Yliopistopaino.

Sisäasianministeriö (2012) Turvallisia vuosia ikääntyneille. Selvitys ikääntyneiden turvallisuustilanteesta Suomessa. Sisäasianministeriön julkaisuja 27/2012.

Slembrouck, Stef & Hall, Christopher (2014) Boundary work. Teoksessa Christopher Hall, Kirsi Juhila, Maureen Matarase & Carolus van Nijnatten (toim.) Analysing social work communication. Discourse in practice. London: Routledge, 61–78.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2012) Ohjausryhmän muistio. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:12.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2013) Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksia 2013:11.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014.

Strandberg, Timo & Viitanen, Matti & Rantanen, Taina & Pitkälä, Kaisu (2006) Vanhuksen haurausraihnausoireyhtymä. Duodecim 122(12), 1495–1502.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Suomen virallinen tilasto (2015) Väestöennuste (verkkojulkaisu). Tilastokeskus. http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html . Viitattu 18.11.2015.

Tanner, Denise & Harris, John (2008) Working with older people. Lontoo: Routledge.

Tasavallan presidentin asetus uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan voimaansaattamisesta ja uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta annetun lain voimaantulosta sekä Euroopan sosiaalisen peruskirjan ja siihen liittyvän lisäpöytäkirjan eräiden määräysten hyväksymisestä annetun lain kumoamisesta annetun lain voimaantulosta 80/2002.

Tedre, Silva (2007) Vanhuuden vahvat ja avuttomat. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 95–119.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.

Muistisairauksien yleisyys (2014) Terveystieteiden tutkimuskeskus. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys> Viitattu 29.2.2016.

Terveystieteiden tutkimuskeskus palvelujen dokumentointi. Ohje rakenteiseen kirjaamiseen sähköisissä potilasjärjestelmissä (2014) Terveystieteiden tutkimuskeskus ry. http://www.terveystieteiden tutkimuskeskus.fi/files/terveystieteiden tutkimuskeskus_palvelujen dokumentointi.pdf Viitattu 16.3.2016.

Tilastokeskus (2016a) http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_vrm_vaenn/010_vaenn_tau_101.px/?rxid=2f0f50b2-5f7d-4467-b8ee-20210091c539 Viitattu 22.2.2016.

Tilastokeskus (2016b) http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_vrm_vaenn/010_vaenn_tau_101.px/?rxid=2f0f50b2-5f7d-4467-b8ee-20210091c539 Viitattu 3.4.2016.

Tuomi, Jouni & Sarajarvi, Anneli (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Twigg, Julia (1989) Models of carers. How do social care agencies conceptualise their relationship with informal carers? Journal of Social Policy 18(1), 53–66.

Vaarama, Marja & Siljander, Eero & Luoma, Minna-Liisa & Meriläinen, Satu (2010) Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 126–149.

Van Aerschot, Lina & Valokivi, Heli (2012) Kuluttajuus ja pienet tulot. Ikäihmisten apu, hoiva ja palvelut Jyväskylässä ja Tampereella. Teoksessa Katja Forssén, Irene Roivainen, Satu Ylinen & Jari Heinonen (toim.) Kohtaako sosiaalityö köyhyiden? Kuopio: UNIPress, 249–273.

Vanhuspalvelulaki. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Virkkunen, Heikki & Mäkelä-Bengs, Päivi & Vuokko, Riikka (2015) Terveystenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa I, versio 2015. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Voutilainen, Päivi & Kauppinen, Sari & Heinola, Reija & Finne-Soveri, Harriet & Sinervo, Timo & Kattainen, Eija & Topo, Päivi & Andersson, Sirpa (2007) Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Teoksessa Matti Heikkilä & Tuukka Lahti (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes.

World Health Organization (2002) Active ageing. A policy framework. Geneve: World Health Organization.

Ylinen, Satu (2008) Eettiset ongelmat gerontologisen sosiaalityön ”välitiloissa”. Janus 16(2), 112–126.

Ylinen, Satu & Rissanen, Sari (2004) Asiantuntijuus gerontologisessa sosiaalityössä. Gerontologia 18(3), 200–206.

Ylinen, Satu & Rissanen, Sari (2012) Vanhuusköyhyyden kokemus. Sosiaalityön tulkintaa. Teoksessa Katja Forssén, Irene Roivainen, Satu Ylinen & Jari Heinonen (toim.) Kohtaako sosiaalityö köyhyiden? Kuopio: UNIPress, 301–326.

Zarb, Gerry (1997) ”Forgotten but not gone”. The experience of ageing with disability. Teoksessa Sara Arber & Maria Evandrou (toim.) Ageing, independence and the life course. Lontoo: Jessica Kingsley Publishers, 27–45.

Zechner, Minna (2010) Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, Acta Universitatis Tamperensis 1543.

Zechner, Minna & Valokivi, Heli (2009) Hoivan tarve ja vanhan ihmisen toimintakyky. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino, 154–175.

LIITE 1. Taulukkopohja aineistonkeruuta varten

(Silmätautien / vanhuspsykiatrian yksikkö)

Potilaskertomus 1.

Sukupuoli, ikä aineiston keruuhetkellä

	1. kirjaus	(2. kirjaus) ...jne
Kirjauksessa mainitut yhteistyötahot		
Yhteistyön syyt		
Sosiaalityön sisältö/tehtävä yhteistyössä		
Vastuut		